

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1913

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marcel LEBESCONTE

Interne des Hôpitaux de Nantes

Né à Rochefort-en-Terre (Morbihan) le 16 août 1884

L'ILÉUS FONCTIONNEL

Président : M. QUÉNU, professeur.

NANTES

IMPRIMERIE C. MELLINET — BIROCHÉ & DAUTAIS, succrs
5 - Place du Pilori - 5

—
1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen

M. LANDOUZY.

Professeurs

MM.

Anatomie

NICOLAS.

Physiologie

CH. RICHET.

Physique médicale

WEISS.

Chimie organique et chimie générale

DESGREZ.

Parasitologie et histoire naturelle médicale

BLANCHARD.

Pathologie et thérapeutique générales

ACHARD.

Pathologie médicale

WIDAL.

Pathologie chirurgicale

TEISSIER.

Anatomie pathologique

LEJARS.

Histologie

PIERRE MARIE.

Opérations et appareils

PRENANT.

Pharmacologie et matière médicale

N.

Thérapeutique

POUCHET.

Hygiène

MARFAN.

Médecine légale

CHANTEMESSE.

Histoire de la médecine et de la chirurgie

THOINOT.

Pathologie expérimentale et comparée

LETULLE.

Clinique médicale

ROGER.

Maladies des enfants

DEBOVE.

Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale

LANDOUZY.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..

GILBERT.

Clinique des maladies du système nerveux

CHAUFFARD.

Clinique chirurgicale

HUTINEL.

Clinique ophtalmologique

G. BALLET.

Clinique des maladies des voies urinaires

GAUCHER.

Clinique d'accouchements

DEJERINE.

Clinique gynécologique

DELBET.

Clinique chirurgicale infantile

QUENU.

Clinique thérapeutique

RECLUS.

HARTMANN.

DE LAPERSONNE.

LEGUEU.

BAR.

PINARD.

RIBEMONT-DESSAIGNE.

POZZI.

KIRMISSON.

ALBERT ROBIN.

Agrégés en exercice

MM.

BALTHAZARD.

BERNARD.

BRANCA.

BRINDEAU.

BROCA (ANDRÉ).

BRUMPT.

CAMUS.

CARNOT.

CASTAIGNE.

CHEVASSU.

CLAUDE.

COUVELAIRE.

DUVAL (P).

GOUGEROT.

GRÉGOIRE.

GUENIOT.

GUILLAIN.

JEANNIN.

JOUSSET (A).

LABBE (M.)

LANGLOIS.

LAIGNEL-LAVASTINE.

LECÈNE.

LENORMANT.

LEQUEUX.

LÉRI.

LOEPER.

MACAIGNE.

MAILLARD.

MORESTIN.

MULON.

NICLOUX.

NOBECOURT.

OKINCZYC.

OMBREDANNE.

PROUST.

RATHERY.

RETERER.

RICHAUD.

ROUSSY.

ROUVIÈRE.

SCHWARTZ.

SICARD.

TERRIEN.

TIFFENEAU.

ZIMMERN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHASTENET DE GÉRY

Chirurgien des Hôpitaux de Nantes

Qui m'a inspiré le sujet de cette Thèse
et donné de si utiles conseils.

Bien sincères remerciements.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR QUÉNU

Professeur de Clinique chirurgicale

à la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien de l'Hôpital Cochin

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

AVANT-PROPOS

Nous nous sommes donné comme objet dans cette thèse l'étude de toutes les occlusions intestinales qui ne relèvent pas d'une cause mécanique, et nous adoptons pour les désigner le terme générique trop rarement employé, d'iléus fonctionnel, parce qu'il est un des plus simples et des plus expressifs, un des moins propres à créer une erreur sur la cause ou la signification clinique du phénomène et parce qu'il s'oppose assez bien au terme usuel d'occlusion mécanique.

Ce sujet n'est pas neuf. Il y a longtemps sans doute qu'un chirurgien a eu pour la première fois la surprise de ne pas trouver dans l'abdomen de son malade l'étranglement dont celui-ci présentait tous les signes. D'assez nombreux travaux d'ensemble ont été consacrés à ce que l'on a appelé les pseudo-étranglements ou pseudo-occlusions. Plus nombreuses encore ont été les observations isolées, publiées dans les journaux ou communiquées aux Sociétés médicales, concernant des cas singuliers et inconnus d'iléus fonctionnels.

Cependant, la question ne semble pas encore être comprise en général comme nous pensons qu'elle nécessite de l'être. Si bon nombre d'auteurs montrent tout l'intérêt qu'ils attachent à l'étude de cette forme d'occlusion, on peut dire qu'une grande

partie du public médical, et non toujours la moins éminente, conserve à l'endroit des faits qui nous occupent l'état d'esprit du chirurgien dont nous parlions tout à l'heure, c'est-à-dire une surprise qui se traduit bientôt par l'impression d'une erreur de diagnostic.

On a trop longtemps vécu avec cette idée que le cours des matières intestinales ne pouvait être vraiment entravé que par un obstacle effaçant visiblement la lumière du conduit, pour admettre aisément d'autres occlusions que les mécaniques. Sans doute, on assimile inconsciemment l'intestin à un conduit cylindrique dans lequel l'écoulement du contenu est déterminé simplement par des causes physiques : pesanteur, vis à tergo... etc. On ne songe pas au rôle exact du péristaltisme qui n'est pas destiné seulement à déterminer le sens de la progression des matières, à la favoriser, ainsi que font l'élasticité et la contractilité artérielle pour le courant sanguin, mais qui est le seul et indispensable facteur de la progression. En somme on ne pense pas assez qu'un intestin dont la contractilité spéciale est suspendue, qu'il s'agisse de paralysie ou de spasme, est aussi incapable de se vider de son contenu qu'un intestin étranglé ; on ne songe pas à cela ou on se dit qu'il ne s'agit, au pis aller, que d'un trouble fonctionnel toujours temporaire et de peu de gravité.

Nous ne pouvons nous expliquer autrement que par des hypothèses de ce genre sinon l'indifférence qu'on montre pour l'iléus fonctionnel, du moins le peu d'importance qui lui est souvent attribuée.

Puis, il faut bien le dire, malgré le développement pris peu à peu par la question, la plupart des Traités classiques ne lui réservent qu'une place tout à fait insuffisante, quand ils ne

l'éliminent pas délibérément; c'est ainsi que Guinard, dans le fascicule 24 du Traité très récent cependant (1910) de Le Dentu et Delbet, exécutait en quelques mots tout ce qui la concerne. Critiquant la définition pourtant excellente qu'a donnée Jalguié de l'occlusion intestinale, pour la raison fâcheuse, d'après lui, plutôt satisfaisante selon nous, qu'elle s'applique aussi bien aux infections péritonéales graves, il concluait « on se décidera résolument à supprimer ici ce qu'on décrit sous le nom de pseudo-étranglement ».

Que l'iléus mécanique soit mis au premier plan, surtout dans un traité de Pathologie chirurgicale, rien de mieux, mais qu'il occupe à lui seul toute la scène, voilà qui est singulièrement exagéré.

Peut-être, la grande diversité des circonstances étiologiques dans lesquelles apparaît l'iléus fonctionnel a-t-elle fait craindre à certains auteurs de réunir dans le même chapitre des faits pathologiques trop éloignés les uns des autres, trop disparates, que ne coordonne pas suffisamment l'accident qui leur est commun; mais l'iléus est avant tout un syndrome comme l'hématurie, la sténose du pylore, l'asystolie, c'est-à-dire un ensemble symptomatique sous la dépendance immédiate d'un trouble constant qui reconnaît des causes toujours variées et de pareilles synthèses si touffues semblent-elles, sont parfaitement légitimes au point de vue de la pathologie générale, quand elles reposent sur un trouble morbide nettement défini et indispensables au point de vue didactique quand elles correspondent à une vérité clinique.

Bref, nous estimons qu'il convient d'étudier au même titre l'iléus mécanique et l'iléus fonctionnel; ce ne sont que deux subdivisions étiologiques d'un même syndrome: l'un est depuis

longtemps connu, décrit dans ses moindres formes et justement redouté. La cause est ici frappante; de plus, elle est proche, c'est-à-dire qu'en voyant l'intestin on la voit. Le plus souvent cette cause se confond cliniquement avec l'occlusion, elle est toute l'occlusion (invagination, volvulus); quand elle représente une maladie distincte, ses symptômes propres disparaissent derrière ceux de l'occlusion (tumeur compressive, cancer de l'intestin).

Dans l'iléus fonctionnel, au contraire le mécanisme de l'occlusion n'a pas la même évidence, la cause est souvent lointaine ou du moins malaisée à rattacher au syndrome; souvent c'est une maladie dont les signes non seulement ne s'effacent pas devant ceux de l'occlusion, mais au contraire attirent trop exclusivement l'attention.

Aussi, l'iléus fonctionnel, sauf dans deux ou trois formes classiques, est-il encore peu connu et assez fréquemment méconnu. Cependant, c'est un phénomène morbide de grande importance qui n'est pas rare auquel il faut souvent penser et, bien qu'il soit habituellement moins grave que l'iléus mécanique, qu'il faut craindre.

Nous voudrions montrer par quelques exemples l'intérêt pratique que présente la connaissance de l'iléus fonctionnel. Tout d'abord, voici un fait qui appartient à l'histoire des péritonites :

On sait que les inflammations aiguës du péritoine déterminent habituellement un arrêt plus ou moins complet des matières rattaché depuis longtemps à sa cause réelle : la paralysie intestinale. Cette paralysie est un véritable iléus fonctionnel, mais la question de mot a ici une importance considérable, car si l'on donne à la rétention stercorale l'importance non pas d'un élément symptomatique, mais celle d'une véritable complica-

tion qui peut avoir en certains cas son évolution propre, on ne sera pas surpris de trouver quelquefois la péritonite en bonne voie, alors que l'iléus s'aggrave au point d'emporter le malade. Et on comprendra la nécessité, après avoir traité chirurgicalement la péritonite de rester armé devant l'iléus ; au besoin de le traiter chirurgicalement à son tour. Les cas ne sont plus rares maintenant où l'opérateur a pratiqué soit une entérotomie, soit mieux une entérostomie pour vider l'intestin ou l'aider à reprendre ses fonctions. En fait, et c'est ce qu'il y a de plus démonstratif dans cet exemple, cette entérostomie dirigée volontairement aujourd'hui contre la paralysie intestinale, ne semble avoir été faite au début (Schede, Congrès allemand de Chirurgie, 1887 ; Segond, Société de Chirurgie) que par suite d'une erreur qui attribuait les symptômes de la paralysie à une occlusion mécanique.

Mais, il y a d'autres circonstances où le diagnostic de l'iléus, comme iléus fonctionnel, a pour des raisons diverses une importance capitale. Ainsi l'urémie peut s'accompagner d'un iléus très grave. Cette forme est rare, ce qui n'est peut-être qu'une apparence. Mais comment en tout cas aurait-on quelque chance de la diagnostiquer si on l'ignore ? Cependant la prendre pour une occlusion mécanique et l'opérer par une large laparotomie sous l'anesthésie chloroformique, c'est presque sûrement hâter la fin du malade. Le seul traitement convenable, si la thérapeutique médicale est restée sans effet, est une simple entérostomie pratiquée à l'aide de l'anesthésie locale.

De même, est-il encore préférable d'éviter la laparotomie et même l'entérostomie à l'iléus saturnin. Mais, arrêtons-nous dans cette énumération, nous risquerions d'empiéter sur ce qui va suivre. Nous n'avons voulu ici que justifier le choix de notre

sujet et indiquer le sens large dans lequel il nous paraît utile de concevoir aujourd'hui l'iléus fonctionnel.

Nous ne nous flattons nullement d'en avoir donné une étude complète et définitive, ce qui est d'ailleurs impossible; la question contient encore beaucoup de points obscurs, par exemple tout ce qui concerne la physiologie pathologique. Le peristaltisme est troublé: mais par quel mécanisme? Comment agit la cause? Pourquoi et dans quelle mesure détermine-t-elle paralysie et spasme? Tous ces détails ne sont encore connus que d'une manière approximative et la partie clinique elle-même bénéficiera sans aucun doute de nouvelles observations.

Nous souhaitons seulement que notre thèse puisse donner à ceux qui voudront bien la lire une idée de l'iléus fonctionnel suffisamment juste et précise, c'est-à-dire à tout le moins, conforme aux connaissances actuelles.

CHAPITRE I

Pathogénie

L'occlusion fonctionnelle, celle, nous le rappelons qui se produit en dehors de toute cause mécanique, ne peut dépendre évidemment que d'un trouble apporté au fonctionnement de la tunique musculaire de l'intestin. Avant d'examiner la forme que peut revêtir ce trouble et le mécanisme qui le commande, il peut être utile de présenter un bref exposé des données actuelles sur la physiologie normale des mouvements de l'intestin.

Lorsque les phénomènes de la digestion stomacale sont terminés, l'orifice pylorique s'ouvre pour laisser passer la masse alimentaire. Celle-ci arrive par portions fractionnées dans l'intestin grêle où elle va lentement progresser pendant que sa transformation s'achève et que les produits normaux qui en résultent s'absorbent peu à peu. Les contractions qui promènent ainsi le contenu de l'intestin, tout en le mélangeant aux sécrétions qui s'y déversent, étaient, avant les expériences de van Braam Houckgeest, divisées par tous les physiologistes en péristaltiques et antipéristaltiques ; les contractions péristaltiques l'emportant toujours en force et en étendue sur les antipéristaltiques, ce qui expliquait la progression du contenu

intestinal. Mais, des observations plus attentives et l'emploi de la méthode graphique ont permis à Braam Houckgeest, plus tard à Roger, de reconnaître qu'à l'état normal, chez l'animal vivant, les mouvements antipéristaltiques n'existaient pas. Cependant, beaucoup d'auteurs admettent encore la production d'ondes antipéristaltiques à l'état pathologique. Roger par contre, après expérimentation, ne les reconnaît pas.

Les mêmes méthodes ont également permis de constater que l'intestin n'est jamais complètement immobile : il y a toujours de légères contractions de ce viscère, même à l'état de jeûne ; les mouvements de ses diverses parties ne sont nullement synchrones, l'onde ne naît pas à l'origine de l'intestin pour se propager dans toute sa longueur : « chaque anse se contracte pour son propre compte et jouit ainsi d'une certaine indépendance fonctionnelle » ; les contractions ne sont pas continues, elles sont séparées par des intervalles de repos relatif, la succession plus ou moins rapide des contractions et du repos constituant le rythme intestinal. Un certain nombre d'agents physiques comme chimiques sont susceptibles de modifier ces contractions : le refroidissement, les chocs, les froissements, l'absorption de nicotine, de caféine, d'ésérine, de purgatifs, les exagèrent ; l'opium, la morphine, la belladone les diminuent ou les suppriment.

Jusqu'à ces dernières années, le principal rôle dans le fonctionnement de la musculature intestinale était attribué au système nerveux ; système nerveux très complexe, si l'on en juge par ce court aperçu anatomique. C'est d'abord, dans la paroi intestinale, un double plexus. Le plexus de Meissner, dans la couche sous-muqueuse, le plexus d'Auerbach entre les couches musculaires, puis le plexus solaire, les ganglions semi-

lunaires, les pneumogastriques, les splanchniques, le grand sympathique, la moëlle, le bulbe et l'encéphale.

La physiologie a essayé de démêler le rôle qui revient à chacun de ces facteurs nerveux. Braam Houckgeest le premier a publié sur cette question un travail d'ensemble dont les physiologistes se sont depuis maintes fois inspirés.

Les fibres et les ganglions du plexus myentérique forment un centre reflexe autonome susceptible de déterminer des mouvements péristaltiques ; c'est grâce à ce plexus qu'une anse intestinale extraite du corps ou séparée du système nerveux central par section des vagues et des splanchniques est susceptible de mouvements d'apparence spontanée. Enfin, comme l'a montré Mislawsky, le tonus normal de l'intestin et le rythme de ses mouvements sont sous la dépendance de ce plexus.

L'excitation du pneumogastrique pratiquée, après section, sur son bout périphérique, renforce généralement les mouvements de l'intestin.

L'excitation du splanchnique, au contraire, provoque le plus souvent une influence suspensive, inhibitrice sur ses mouvements. Mais, il n'est pas exact de dire que l'effet de l'excitation de l'un ou l'autre de ces nerfs soit toujours univoque ; dans certains cas, le pneumogastrique s'est montré nettement inhibiteur ; dans d'autres, le splanchnique s'est révélé accélérateur : un tronc nerveux, comme l'ont montré Morat et Dastre, est composé d'éléments augmentateurs et inhibiteurs ; suivant la prédominance des uns ou des autres, l'effet produit par l'excitation est positif ou négatif.

Au point de vue de la motricité intestinale, la moëlle, comme l'a montré Claude Bernard, est à la fois centre reflexe qui transforme inconsciemment l'excitation sensitive en excitation mo-

trice, et conducteur pour les impressions qui viennent ou se rendent aux centres supérieurs.

Il existe en effet dans l'encéphale des centres « pour la contraction et le relâchement de l'intestin ». Ils sont situés dans l'écorce cérébrale (circonvolution sigmoïdale et 2^{me} circonvolution primitive située en dehors et en arrière de la précédente) et dans les couches optiques. Bechterew et Mislowsky ont montré que l'excitation de la région moyenne du thalamus renforce plutôt, mais non constamment, les mouvements tant péristaltiques que rythmiques de l'intestin ; l'excitation du noyau externe relâche la paroi de l'intestin grêle, et arrête ses mouvements péristaltiques ; celle de la région antéro-externe agit sur le gros intestin, dont elle excite les mouvements au point de provoquer la défécation. L'excitation de l'écorce produit la série des effets précédents, mais ceux-ci sont plus faibles et le plus souvent limités à certaines régions des deux intestins.

La découverte, en 1908, de Zuelzer, Dohrn, Marxner, d'un hormone péristaltique est peut être de nature à modifier profondément cette physiologie. Cet agent appartient à cette classe de corps que Starling a désigné sous le nom générique d'Hormones. « Ces hormones sont des corps qui prennent naissance dans les cellules de certains organes et qui, véhiculés par le torrent circulatoire, sans intervention aucune du système nerveux, vont activer de façon directe le fonctionnement d'autres organes plus ou moins éloignés. » Ces auteurs ont en effet constaté que des extraits préparés avec la muqueuse de l'estomac et de la partie supérieure du duodénum, recueillis au moment de la plaine activité digestive (car l'estomac à l'état de jeûne ne fabrique pas ce produit) provoquaient d'énergi-

ques contractions péristaltiques de l'intestin, en tout semblables aux contractions physiologiques, lorsqu'on les injecte dans la circulation sanguine. Ils ont également constaté que cet hormon empruntait pour agir la voie circulatoire: injecté dans l'organisme, ses effets se font tout aussi bien sentir sur l'intestin en place que privé de ses connexions nerveuses. Poursuivant leurs recherches, les mêmes auteurs trouvèrent que cet hormonpéristaltique existait en quantité beaucoup plus considérable au niveau de la rate, où il s'est montré beaucoup plus actif, et ils émirent l'hypothèse, d'ailleurs discutée par Denks, que cette substance est élaborée par la muqueuse gastro-intestinale et qu'elle s'accumule dans la rate au fur et à mesure de sa sécrétion, pour être reprise au fur et à mesure des besoins de l'organisme. Mais ne pourrait-t-on pas admettre, écrit aussi Arnaud, que la rate secrète l'hormon pour son propre compte ou que le parenchyme splénique fait subir certaines modifications à cet hormon venu de l'intestin. Ce sont là autant de questions, à cette heure, non encore résolues.

Quoi qu'il en soit, les expériences commencées en 1904 par Enriquez et Hallion et destinées à montrer les propriétés excito-péristaltiques des extraits de muqueuse duodénale ont été depuis reprises par Denks qui, au XI^e Congrès allemand de Chirurgie, a bien précisé les propriétés physiologiques de cet hormon. L'injection d'hormonal dans la veine marginale de l'oreille du lapin fait naître au bout de quelques minutes de véritables ondes péristaltiques aboutissant à l'expulsion de gaz et de matières fécales. En un mot « l'hormon produit une simple excitation du péristaltisme dans sa forme physiologique. »

Donc, à côté du système nerveux dont le rôle n'est pas dis-

cutable, dans le fonctionnement du muscle intestinal, il y a lieu de faire intervenir un agent chimique, tel qu'on en connaît déjà pour un certain nombre de glandes. Quant à la part qui revient à chacun de ces « metteurs en scène », elle n'est pas encore bien établie. Aussi, est-il possible que plusieurs sténoses fonctionnelles dépendent d'un trouble apporté à la sécrétion hormonale; mais on ne peut faire là-dessus que des hypothèses.

Peut-être reconnaîtra-t-on un jour qu'il y a des sténoses de deux sortes :

1° Celles qui dépendent d'un trouble du système nerveux, et dès maintenant, il est facile d'en citer un bon nombre : Sténose accompagnant une lésion cérébro-spinale, survenant dans le cours d'une colique néphrétique ou hépatique, à la suite d'un traumatisme abdominal....

2° Celles qui dépendent d'un trouble de la fonction hormonale, et peut-être rentreront dans ce groupe certaines sténoses occasionnées par des intoxications exogènes ou endogènes.

Quoi qu'il en soit de la cause initiale, le mécanisme par lequel elle détermine l'occlusion peut revêtir deux types principaux : la paralysie et le spasme de la musculature intestinale. On a même voulu pousser plus loin les choses ; Tavel, entre autres, a distingué l'apéristaltisme qui est la paralysie ; le dyspéristaltisme : contracture locale ; l'hyperpéristaltisme : contracture généralisée. Mais il ne semble pas qu'il y ait intérêt à compliquer ainsi le mécanisme; nos connaissances sont encore trop incomplètes pour que l'on puisse, sur de pareilles différenciations pathogéniques, baser une classification ; et dans certains cas, comme dans les occlusions des entérites, il est bien difficile de dire s'il s'agit de spasme ou de paralysie ; il est d'ailleurs bien évident, comme l'ont montré maintes fois les

interventions, que dans certains cas, les deux phénomènes se produisent simultanément.

Il y a donc deux types principaux d'occlusions :

1° Celui de la paralysie, le plus fréquent peut-être chirurgicalement : Ex. occlusion des péritonites.

2° Celui du spasme plus ou moins circonscrit : Ex. Saturnisme.

A ces deux types, nous pouvons en ajouter un troisième moins simple, où il est difficile de faire la part de ce qui revient à la paralysie ou au spasme. Ex. certaines entérites, un cas de fièvre paratyphoïde, où il y a ballonnement du ventre, qui ne peut guère s'expliquer que par la paralysie et, en même temps, que des douleurs extrêmement vives, de véritables coliques qui ne s'expliquent que par le spasme.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

I. — Maladies ou lésions abdominales atteignant :

A. — L'intestin.....	{	Iléus paralytique des vieillards
		coprome infantile.
		Entéro-colite muco-membraneuse
		Entérite.
		Paratyphoïde.
		Typhoïde.
		Choléra.
		Tuberculose.
		Cancer.
		Corps étrangers.
		Dysenterie.
B. — Les vaisseaux mésentériques	{	Parasites.
		Etranglement de l'appendice.
C. — Les organes voisins	{	Embolie.
		Thrombose.
	{	Foie Colique hépatique.
		Rein Colique néphrétique.
		Pancréas Pancréatite hémorragique.
	{	Testicule..... Etranglement.
		Torsion.
	{	Ovaire; Trompe. Etranglement.
		Vessie..... Etranglement.
	{	Epiploon Etranglement.
		Torsion.
	{	Uterus Pseudo-occlusion gravidique.
		Occlusion post-partum.
		Grossesse extra-utérine rompue

— Le péritoine	}	Opérations intra-abdominales.
		Péritonites aiguës : généralisées, localisées.
		Péritonites tuberculeuses.
— Les parois abdominales.....	}	Sac herniaire étranglé.
		Tumeurs de l'aîne.
		Traumatismes de l'abdomen.

II. — Traumatismes à distance

Fractures de côtes.	Fractures de cuisse.
---------------------	----------------------

III. — Maladies nerveuses

Organiques	{	CERVEAU	{	Ramollissement.
				Hémorrhagie.
				Tumeurs.
				Méningites.
Fonctionnelle.....	{	MOELLE	{	Compression médullaire.
				Hématomyélie.
				Tabès.
				Paralysie générale.
	{	NERFS PÉRIPHÉRIQUES	{	Polynévrites.
				Hystérie.

IV. — Intoxications

Saturnisme.	Opium.
-------------	--------

V. — Maladies : toxémiques, dyscrasiques, infectieuses

Urémie.	Scarlatine.
Goutte.	Pneumonie.
Rhumatisme articulaire aigu.	Septicémie à pneumocoque.



Pour être parfaite, la classification des causes de l'occlusion fonctionnelle devrait être basée sur des données physiologiques ; mais il faudrait alors que nous sachions comment agissent ces causes et qu'une même cause aboutisse toujours aux mêmes effets. Or, le plus souvent, nous sommes réduits à de simples hypothèses sur ce mode d'action ; en outre, dans un certain nombre de cas, les maladies de l'intestin, l'hystérie, les opérations et les traumatismes abdominaux... l'occlusion fonctionnelle dépend tantôt d'un spasme, tantôt de la paralysie de la musculature intestinale, parfois de l'un et de l'autre. Nous n'emploierons donc pas une classification pathogénique forcément artificielle, comme celles qu'ont présentées Murphy et Tavel ; nous nous bornerons à ranger les causes de l'occlusion fonctionnelle, selon un ordre qui a au moins le mérite, croyons-nous, d'être clair et commode : l'ordre anatomo-clinique.

I. — Maladies ou lésions abdominales atteignant :

A. — L'intestin

L'occlusion fonctionnelle, survenant dans le cours de certaines affections intestinales ou à localisation intestinale, peut relever soit du spasme soit de la paralysie, parfois de l'un et de l'autre.

ILÉUS PARALYTIQUE DE VIEILLARDS

COPROME INFANTILE

Dans l'iléus des vieillards, la paralysie seule est en cause, les matières fécales s'accumulent dans le cœcum, l'S iliaque, l'ampoule rectale, ou occupent une plus ou moins grande partie du gros intestin. Il ne s'agit pas ici d'une obstruction mécanique

due à l'amas stercoral, mais d'une altération de la fibre musculaire de l'intestin amenant des troubles dynamiques dans le fonctionnement intestinal et déterminant secondairement la stase: « Chez une femme de 64 ans, opérée par Gosselin et autopsiée par Thiberge, la dilatation porte sur l'S iliaque dont le diamètre atteint, sur certains points, 33 centimètres. »

A la *Société de Sciences médicales de Montpellier* (1^{er} mars 1912), Rauzier et Roger rapportent une observation d'iléus paralytique mortel chez un vieillard. « A l'autopsie on trouve un gros intestin très volumineux, très dilaté. Le cœcum est énorme, il a acquis à peu près les dimensions d'un estomac d'adulte. Le gros intestin est rempli jusqu'au cœcum de matières stercorales dures mélangées à du liquide. » Le docteur Sourdille, chirurgien des Hôpitaux de Nantes, nous communique aussi une observation (Ob. I).

A côté de ces faits propres à l'âge mûr et à la vieillesse, on a signalé chez les enfants des cas semblables d'iléus sans qu'il existe les mêmes altérations du muscle intestinal.

Au *Congrès de Chirurgie* de 1896, Demons rapporte l'observation d'un garçonnet de huit ans présentant « une tumeur étendue de l'appendice xiphoïde jusqu'au pubis, derrière lequel elle se perd en s'étalant sur les côtés dans les fosses iliaques. Les flancs et les hypochondres sont libres et sonores. La pression des doigts fortement et longuement appuyés détermine sur la surface de la tumeur un enfoncement indéfiniment persistant. Le toucher rectal permet de constater immédiatement au-dessus de l'anus une masse énorme de matières fécales fermes, dans laquelle il s'enfonce péniblement; elle forme un bloc qui semble remplir tout le bassin et qui se confond en haut avec la tumeur abdominale perçue par la palpation. »

A la *Société de Médecine de Bordeaux* (31 janvier 1896), le docteur Saint-Philippe rapporte une observation analogue.

ENTÉRITE, PARATYPHOÏDE. — ENTÉROCOLITE MUCO-MEMBRANEUSE.

Dans l'entérite, la paratyphoïde, l'entérocolite muco-membraneuse, le spasme et la paralysie se trouvent associés pour produire l'occlusion. Ce qui permet de penser que cette pathogénie est exacte, c'est le syndrome clinique où les douleurs extrêmement vives ne peuvent s'expliquer que par l'exagération de la contractilité intestinale, c'est-à-dire par le spasme, le ballonnement du ventre que par la paralysie de l'intestin. Le spasme procède par zones segmentaires successives, laissant derrière lui l'intestin paralysé. Il en est ainsi dans le cas d'entérocolite muco-membraneuse rapporté par Guyot en 1868 à la *Société médicale des Hôpitaux de Paris* (Ob. II), et dans les deux cas d'entérite et de paratyphoïde du docteur Chastenet de Géry, chirurgien des Hôpitaux de Nantes (Ob. III, IV).

TYPHOÏDE.

Dans la fièvre typhoïde, on peut voir, à toutes les périodes, s'installer l'occlusion fonctionnelle ; elle est provoquée par une paralysie de l'intestin. Et cette paralysie résulte tantôt de l'inertie du muscle intestinal enflammé ou altéré au contact des ulcérations de la muqueuse, tantôt des lésions péritonéales consécutives : péritonite par perforation ou par propagation, qui n'évolue pas toujours avec l'ensemble des symptômes classiques : « Le malade, écrit Quénu, peut ne pas présenter ce coup de poignard dramatique, cette douleur

violente, ce météorisme abdominal que l'on rencontre habituellement dans les autres perforations viscérales. »

En 1911, Gaillard et Baufle rapportent à la *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, un cas de colotyphus compliqué d'iléus paralytique : « Il n'y avait ni pus ni matières fécales dans la cavité péritonéale, mais le colon transverse, surtout au niveau de l'angle splénique, est recouvert d'un exsudat jaunâtre, des adhérences assez résistantes le fixent au pôle inférieur et à la face interne de la rate ; on ne constate nulle part de perforation, seulement les parois du gros intestin sont tellement minces qu'elles se déchirent en plusieurs points sous l'influence des tractions. » (Ob. V).

Le docteur Sebilleau, médecin des Hôpitaux de Nantes, nous communique une observation d'iléus paralytique au cours d'une fièvre typhoïde. Bien que l'autopsie n'ait pu être pratiquée, il semble bien, par les signes cliniques et l'évolution, que toute idée de complication péritonéale doive être écartée. (Ob. VI).

Pinatelle, dans le *Lyon médical* 1900, rapporte une observation de coprostase survenant en pleine convalescence. Bauby, dans son livre sur l'occlusion intestinale, rapporte une observation semblable.

A côté de ces cas nous avons les occlusions par péritonite :

Dans un cas de Dillay : « L'apparence du malade est celle d'une occlusion intestinale, il y a suppression de toute évacuation alvine, développement considérable de l'abdomen, vomissements fécaloïdes. L'autopsie montre une double perforation de l'intestin. » Dans un cas rapporté par Poncet à la Société de Chirurgie, 1908, il s'agit également d'une perforation intestinale. Chez la malade de Lépine, dont Laporte rappelle l'histoire, il y eut une constipation opiniâtre : « A l'ouverture de l'abdomen,

on constate que le péritoine est le siège d'une inflammation intense, il y a environ un litre de pus dans le petit bassin ; pas de perforation, mais en un point, une plaque de Payer est profondément ulcérée et le gros intestin n'a plus, à cet endroit, comme paroi que le péritoine. »

CHOLÉRA.

Gubler, dans les *Archives générales de Médecine*, de 1860, décrit une forme paralytique du choléra : « Le début est en général assez lent, les malades éprouvent seulement une extrême faiblesse, on les voit tomber dans un accablement profond, les muscles de la face se paralysent, ceux des membres sont dans une résolution complète ; les évacuations et les vomissements manquent souvent dans cette variété, le ventre est énorme, distendu par le liquide sécrété dans les voies digestives, les muscles de l'abdomen, de l'intestin étant impuissants à le rejeter au dehors. »

DYSENTERIE.

M. Pidoux, cité par Gubler, a observé dans une épidémie de dysenterie des paralysies périphériques compliquées de paralysie des tuniques musculaires de l'intestin.

Mais la paralysie de l'intestin peut également survenir sans lésions des nerfs périphériques. Henrot cite un cas de dysenterie : « dans lequel la muqueuse intestinale était détruite par des ulcérations tellement rapprochées qu'il ne restait cà et là que de petits ponts constitués par des lambeaux de muqueuse. Toute la tunique musculaire étant mise à nu par sa face interne, il n'est pas étonnant qu'elle ait été frappée d'inertie et qu'elle se soit laissée distendre. »

Depuis, on a maintes fois signalé des accidents semblables dans la dysenterie chronique.

TUBERCULOSE. — CANCER.

La paralysie intestinale a été signalée au début de la tuberculose et du cancer de l'intestin, alors qu'il n'existe encore qu'une plaque unique et invisible infiltrant sa paroi sans rétrécir le moins du monde son calibre. « Ce sont là, dit Lejars, des faits suffisants pour amorcer la paralysie » et il cite à l'appui de son dire (*Société de Chirurgie*, 1897), un cas de tuberculose intestinale ayant provoqué la paralysie de l'intestin (Ob. VII). A l'intervention, cette cause d'iléus était passée complètement inaperçue. Au début, le cancer peut donner lieu aux mêmes accidents, comme le montre l'observation du docteur Lerat (de Nantes), Chef de clinique chirurgicale (Ob. VIII).

PARASITES.

Les vers intestinaux sont capables de produire des accidents d'occlusion intestinale aiguë. Nous ne voulons pas parler des cas où il s'agit d'une véritable obstruction mécanique par des amas d'ascarides; mais de ceux où il n'existe dans l'intestin qu'un petit nombre de ces parasites, voire même qu'un seul.

Heidenhain le premier a attiré l'attention sur ce fait et en a rapporté des exemples. Kuster cite une observation particulièrement probante : « Au cours de la laparotomie, on trouve, dans une anse de l'iléon, un lombric sur lequel l'intestin s'est fortement contracté; en faisant glisser le ver dans d'autres segments du tube intestinal on constate que le spasme suit parfaitement le déplacement du parasite. » Enfin, Descouedres a publié un fait non moins instructif.

Dans ces cas, il semble qu'il s'agisse d'entéro-spasme par reflexe, consécutif à une irritation violente de la muqueuse intestinale ulcérée ou tout au moins enflammée, au contact des ascarides.

CORPS ÉTRANGERS.

A côté de ces cas d'entéro-spasme par parasites, il faut citer ceux qui sont dus à un calcul biliaire trop petit pour faire obstruction. Témoin le cas cité par Israël : « Il y avait dans l'intestin un calcul dont le plus grand diamètre ne dépassait pas 2 centimètres ; pendant la laparotomie, on fut à même de se convaincre que le calcul se laissait parfaitement déplacer dans toutes les directions. » (Ob. IX). De son côté, Korte a rapporté quatre cas d'occlusion intestinale de même origine.

APPENDICE (ÉTRANGLEMENT DE L').

L'étranglement de l'appendice hernié donne souvent lieu à un ensemble de symptômes simulant l'étranglement intestinal ; dans ce cas, il n'y a aucun obstacle au cours des matières, il s'agit d'une simple paralysie reflexe de l'intestin.

En 1842 déjà, après bien d'autres, Cabaret, dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, publiait un fait semblable. « L'étranglement avait été produit par l'orifice interne du canal crural, où la base de l'appendice était fortement serrée. » Depuis, les observations se sont multipliées et nous en citerons quelques-unes parmi les plus typiques et les plus récentes :

Pollosson, dans le *Lyon médical*, en publie deux cas ; Mauclore et Dambin en rapportent un autre à la Société anatomique de 1902 : « L'appendice était étranglé vers sa base par un sillon très net qui le divisait en deux parties, une inférieure dilatée

en ampoule, une supérieure plus rétrécie ; au niveau du rétrécissement visible à l'extérieur, l'appendice était étranglé à tel point que, sur une longueur de 5 ^m/_m, on retrouvait difficilement sa lumière. »

L'année suivante, à la *Société de Chirurgie*, Quénu cite un fait semblable ; six ans plus tard, Morestein en rapporte un autre.

B. Les vaisseaux mésentériques

EMBOLIE, THROMBOSE.

L'oblitération des vaisseaux mésentériques : oblitération artérielle ou veineuse ; oblitération à la fois artérielle ou veineuse, provoque un infarctus de l'intestin, c'est-à-dire une hémorragie dans l'épaisseur de ses tuniques par ruptures multiples de capillaires. Cette infiltration sanguine dissocie la musculature intestinale et produit sa paralysie soit d'emblée, soit après une période plus ou moins longue de transsudation séreuse, c'est-à-dire de diarrhée.

Depuis les travaux de Kussmaal (en 1864) et de Lereboullet (en 1875), on a publié de nombreuses observations sur l'oblitération des vaisseaux mésentériques, mais ces observations, sans grands commentaires, sont éparses dans la littérature médicale, et il faut arriver en 1895 pour trouver des travaux de valeur et d'ensemble sur la question.

Nous citerons ceux de Waston (1894), en Amérique, ceux de Kauffmann (1895) et de Zésas (1910), en Allemagne, ceux de Galavardin (1901), de Mauclair et Jacoulet (1908), de L. Sauvé (1910), en France.

C. Les organes voisins

FOIE : COLIQUE HÉPATIQUE.

Au cours de la colique hépatique, on voit parfois apparaître le syndrome de la pseudo-occlusion. Il en est ainsi dans l'observation rapportée par Durand-Fardel à la *Société médicale des Hôpitaux de Paris* (1856). A l'autopsie, les accidents d'étranglement ne purent être expliqués que par la présence d'un calcul arrêté par un cancer à la fin du cholédoque. Il n'y avait pas d'altération intestinale.

Dans le cas de Siredey vérifié à l'autopsie, on trouve le cholédoque bourré de calculs (Ob. X). Enfin, le Dr Brelet, médecin des Hôpitaux de Nantes, nous communique une observation d'occlusion fonctionnelle au cours d'une colique hépatique (Ob. XI).

Dans tous ces cas, les accidents ont été déterminés par un réflexe parti du cholédoque, dilaté et irrité par les calculs.

REIN : COLIQUE NÉPHRÉTIQUE.

Le rein, comme le foie et dans les mêmes conditions, c'est-à-dire quand les terminaisons nerveuses de ses canaux excréteurs sont violemment irritées, peut donner naissance au réflexe paralysant. Certes, la paralysie intestinale semble la plus fréquente, cependant, dans deux cas : ceux de Moutier et de Gosset, on a noté l'existence de contractions intestinales, de sorte que l'on est obligé de conclure ici à un mélange de spasme et de paralysie. Desnos, dans l'*Union médicale* (1887), rapporte deux observations d'étranglement intestinal nerveux au cours de coliques néphrétiques. Adenot, dans un travail sur les occlusions post-opératoires, cite en

quelques lignes une observation d'occlusion paralytique dépendant de la même cause. Sternberg en cite une autre où le diagnostic reste quelque temps en suspens. Enfin Quenu, dans le *Bulletin médical* (1913), publie une étude très complète sur « les symptômes d'occlusion intestinale dans la colique néphrétique » et rapporte plusieurs observations inédites, une personnelle et celles de Gosset, de Moutier, de Dreyfus. Pour notre part, nous en publions une inédite due à l'obligeance du docteur Vignard (Ob. XII).

PANCRÉAS : PANCRÉATITE HÉMORRHAGIQUE.

La pancréatite hémorragique, c'est-à-dire « la formation brusque et spontanée d'un épanchement sanguin dans l'épaisseur de la glande avec ou sans diffusion de sang dans les tissus voisins », a été maintes fois prise pour une occlusion intestinale et l'intervention faite pour telle, comme chez les malades de Hirschberg, Fritz, Rolleston. L'erreur est d'autant plus difficile à éviter que, dans certains cas, les symptômes péritonéaux attirent seuls l'attention, il n'y a aucune manifestation locale; à aucun moment, on ne peut constater, ni cliniquement, ni à l'intervention dans la région du pancréas, la présence d'une tumeur traduisant, suivant Guinard, l'hématome de la glande.

Il en est ainsi chez la malade de Jeanne : « L'opération montra un épanchement séro-hématique, une sorte de péritonite aseptique ayant son maximum dans l'arrière cavité, et la stéatonecrose de l'épiploon. »

TESTICULE : ETRANGLEMENT TESTICULAIRE, TORSION DU CORDON.

« On voit quelquefois, écrivent Monod et Térillon, éclater

subitement chez des individus atteints d'ectopie inguinale, et en pleine santé, des accidents qui par leur forme et leur gravité rappellent ceux d'un véritable étranglement herniaire ». Et ces accidents dont l'évolution clinique et dont la gravité sont très variables relèvent d'une paralysie réflexe de l'intestin, dépendant tantôt d'un étranglement du testicule ectopié ; tantôt d'une torsion de son cordon ; sous l'influence d'un léger déplacement la glande pénètre en un point plus étroit du canal, le plus souvent au niveau de l'anneau externe et c'est là qu'elle s'étrangle. Chez un malade de Curling à la suite d'un effort, un testicule s'engage dans l'orifice inguinal externe ; les symptômes sont tels que l'on croit à une hernie étranglée, la glande se réduit et les phénomènes s'apaisent. Il en est de même chez un malade de Régnard, dont Henrot rapporte l'observation.

D'autres fois, comme dans les cas de Piqué et Segond rapportés par Gautier, cet étranglement est dû à l'inflammation de la glande. Mais ici il ne faut pas oublier que l'orchite peut se compliquer de péritonite, surtout quand le canal péritonéo-vaginal reste perméable.

Ces accidents de pseudo-étranglement peuvent également être dus à une torsion du cordon spermatique. Pour Monod et Térillon, P. Sebilleau, c'est d'ailleurs leur seul mode de production, leur intensité dépendant du degré de torsion. Delasiauve et Follin, les premiers parlent de cette complication. Nicoladani publie des observations et en fait l'objet d'un mémoire important. Enfin, plus près de nous, Bonamy, Brunch et Tuffier en rapportent plusieurs cas.

Ajoutons que cette torsion peut également se produire mais plus rarement sur un testicule descendu au fond des bourses, comme chez le malade de Dujon et Chégut.

OVAIRE, TROMPE : ETRANGLEMENT.

Comme le testicule, l'ovaire hernié peut s'étrangler et donner lieu aux mêmes accidents d'occlusion fonctionnelle réflexe. Ne-boux, dans les *Archives générales de médecine* de 1846 rapporte un fait semblable; Maisonneuve en 1850 et Wibaille en 1874, dans leurs thèses en citent également des cas.

La trompe étranglée peut déterminer les mêmes accidents. Il en était ainsi chez les malades de Voigt, de Brunner et d'Abadie et dans une foule d'autres cas que l'on trouve réunis dans les thèses d'Ivanoff, Beyaert, Garrigues. Mais souvent ovaire et trompe se trouvent herniés à la fois et c'est leur étranglement simultané qui produit l'iléus fonctionnel, comme dans les cas de Taillefer et de Pollard, et plusieurs autres rapportés par Vaucher.

VESSIE : ETRANGLEMENT.

Les accidents d'étranglement auxquels sont sujets les hernies vésicales sont de deux ordres : le plus souvent, il s'agit d'étranglement véritable survenant dans l'anse intestinale qui les double ; d'autres fois la vessie seule est en cause « elle devient le siège sinon d'étranglement, du moins d'une sorte d'engouement provoquant du côté de l'intestin, par voie réflexe, des symptômes tels que l'on conclut à un étranglement véritable ». Sue le premier en a publié un exemple.

Hermès publie trois faits de cet ordre, dans lesquels l'opération permet d'affirmer qu'il n'existait dans la hernie aucune anse intestinale étranglée. Schoonen dans la *Revue de Chirurgie* 1893, rapporte une observation de cystocèle crurale étranglée. Fargin-

Fayolle et Gruget, dans leurs thèses, réunissent un certain nombre d'observations publiées et inédites.

EPIPLOON : ETRANGLEMENT, TORSION.

Etranglement. — L'étranglement d'une hernie épiploïque est susceptible [de s'accompagner d'accidents simulant ceux de l'étranglement herniaire.

Malgaigne, dans les *Archives générales de médecine* de 1841, insiste sur ces pseudo-étranglements et cite un certain nombre d'observations. Depuis le fait est devenu classique.

Torsion. — La torsion d'un épiploon hernié s'accompagne des mêmes accidents et peut prêter aux mêmes difficultés de diagnostic. Parfois il s'agit d'une torsion basse dans le sac lui-même, comme chez le malade de Max Oberst et celui de Walther dont Brunet rapporte l'histoire ou comme chez celui de Capette. D'autres fois, c'est une torsion abdominale comme dans les cas de Demons, de Monod, de Potherat, de Souligoux et Deschamps.

UTÉRUS : « PSEUDO-OCCLUSION » GRAVIDIQUE.

Une récente discussion à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris (mars 1913), a ramené l'attention sur la question d'ailleurs encore peu étudiée et mal connue des occlusions gravidiques. Les faits de ce genre qui ont été rapportés se classent en deux catégories: dans l'une sont les occlusions dont la cause nettement mécanique a été constatée et il s'agissait soit de brides et d'adhérences (Pinard), soit de compressions par des tumeurs telles qu'un fibrome utérin (Lejars), ou un utérus rétroversé. Dans l'autre, se rangent les occlusions qui ne se sont accompagnées d'aucune lésion

visible, ou bien qui ont guéri à la suite d'une entérostomie, ou simplement par l'évacuation utérine.

Ce sont les occlusions de cette dernière forme qui seules nous intéressent, car il nous paraît peu probable qu'elles soient expliquées ainsi que le croit Lepage (dont nous n'avons pu, à regret, lire la communication que dans un bref résumé), par la compression de l'utérus gravide, ce qui en ferait encore des occlusions mécaniques. On ne comprend guère comment un utérus gravide qui s'est normalement et librement développé dans l'abdomen, déterminerait par sa seule présence une occlusion qui est fort rare auprès du nombre infini des grossesses, et qui ne semble pas plus fréquente dans les cas où l'utérus est particulièrement volumineux (grossesse gémellaire, hydramnios). Ne connaissons-nous pas d'autre part la tolérance remarquable des viscères abdominaux et de l'intestin en particulier, vis-à-vis de fibromes énormes, pourvu qu'ils ne soient pas enclavés et qu'ils ne présentent pas d'adhérences.

Aussi croyons-nous que ces cas d'occlusion de la deuxième catégorie doivent être rangés dans la classe des occlusions fonctionnelles, et reconnaissent comme cause une altération du péristaltisme (paralysie ou spasme) attribuable soit à un trouble nerveux, soit à une intoxication comme il s'en voit dans la grossesse.

Ce n'est là, évidemment, qu'une hypothèse, mais qui ne va pas à l'encontre des faits, et a pour elle les principes de pathologie générale qui dirigent l'étude des occlusions fonctionnelles. Les recherches ultérieures montreront ce qu'elle vaut réellement.

OCCCLUSION POST-PARTUM.

A côté de ces cas, qui évoluent pendant les derniers mois de

la grossesse, nous placerons ceux qui surviennent après l'accouchement ; mais ici, il est bien probable qu'il s'agit d'une infection péritonéale, si légère soit elle. — Les thèses de Verger et de Gauchery en contiennent de nombreuses observations. Nous en publions une, due à l'obligeance du docteur Schmidt (Ob. XIII).

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE ROMPUE.

La grossesse tubaire rompue a été prise plus d'une fois pour une occlusion intestinale (toute compression directe par le kyste fœtal mise à part). L'irruption brusque du sang dans la cavité péritonéale donne naissance à un reflexe paralysant l'intestin. Gauchery, dans sa thèse, en publie plusieurs observations. Desgouttes, à la *Société de Chirurgie de Lyon*, 1911, rapporte le fait « d'une grossesse abdominale fissurée simulant une occlusion intestinale ».

D. — Le Péritoine.

OPÉRATIONS INTRA-ABDOMINALES. — (OCCLUSION POST-OPÉRATOIRE).

« A la suite des laparotomies, écrit Legueu, on observe parfois des occlusions intestinales, que l'on dit post-opératoires, parce qu'elles se développent à la suite ou sous l'influence de l'opération primitive ; on les voit rarement ; mais de temps en temps, cette complication, échappant à toute prévision, vient frapper au hasard un malade à qui la simplicité d'une opération semblait devoir assurer une guérison facile. »

Et cette complication, dans bon nombre de cas, relève d'un obstacle mécanique, alors que, dans d'autres, une seconde opé-

ration ou l'autopsie ont simplement permis de constater une paralysie ou une contracture de l'intestin sans le moindre obstacle.

Terrier et Giresse considèrent la paralysie intestinale post-opératoire comme toujours due à une infection péritonéale. Tel n'est pas l'avis de Fritsch, d'après lequel : « les laparotomisés succombent non pas parce qu'ils deviennent septiques ; mais ils deviennent septiques parce qu'ils meurent et pendant qu'ils meurent. » Cependant, dans bon nombre de cas, il est difficile d'affirmer qu'il n'y ait pas eu d'infection péritonéale. Il est évident que parfois il s'agit de ces péritonites larvées, de ces septicémies péritonéales, décrites par Verchère et Jayle, qui passent inaperçues tant les signes qui les révèlent sont légers. Un certain nombre de cas, cependant, semblent indemnes de toute péritonite, ceux de Heidenhain, et de Legueu, par exemple, et on les explique par un réflexe.

Dans d'autres cas, c'est le spasme qui est en cause : spasme limité à un seul point de l'intestin comme dans le cas de Baldy, ou occupant une plus ou moins grande étendue de l'intestin. Dans un cas de Giresse, après une hystérectomie vaginale, le colon descendant et l'S iliaque « sont contracturés et forment un cordon très dur, à peine du volume du petit doigt » ; dans un cas de Bunge, le spasme est étendu à tout le gros intestin et occupe 40^{cm} du grêle.

Enfin, Morone a publié un cas où tout « le tractus intestinal est contracturé et resserré comme un cordon ». Bunge croit qu'il s'agit vraisemblablement dans ces cas d'une influence nerveuse réflexe. Franck, par contre, veut y voir une névrose traumatique intestinale, comme on peut en voir au niveau des autres muscles lisses, et fait jouer un grand rôle à l'état névropathique

du sujet, mais il est d'avis que l'on doit tenir compte des médicaments administrés au malade : sulfate d'érésiné, strychine, etc.

PÉRITONITES AIGUES, GÉNÉRALISÉES OU LOCALISÉES.

Dans les péritonites aiguës, généralisées ou localisées, l'arrêt stercoral est dû à une paralysie de l'intestin, — c'est un fait classique et d'observation courante. Mais cette paralysie si banale, quand elle accompagne une péritonite nettement confirmée, peut au contraire prêter à de grosses difficultés d'interprétation quand elle apparaît brusquement comme première manifestation de l'infection du péritoine. « La péritonite et surtout la péritonite par perforation, écrit Duplay, survenant chez un sujet en apparence bien portant, donne souvent lieu à un ensemble de symptômes qui simulent complètement l'étranglement interne. J'ai eu pour ma part l'occasion d'observer trois cas de cette nature, dans lesquels j'ai commis l'erreur que je signale et sans pousser très loin mes recherches, il m'a été facile de recueillir un certain nombre d'exemples tout à fait analogues », et il en rapporte 14 cas.

Ceci s'applique également aux inflammations péritonéales aiguës localisées.. Cestan, après Marion, signale la fréquence des péritonites appendiculaires localisées « revêtant à tel point le masque de l'occlusion intestinale, qu'une erreur de diagnostic s'ensuit », il en cite 4 cas et ajoute : « en présence d'accidents d'occlusion sans cause manifeste, pensez à l'appendicite ». Dans la *Presse médicale* de 1898, Albarran et Caussade en citent également un cas. Et cette erreur est d'autant plus difficile à éviter, que parfois la péritonite évolue sans élévation de température, sans modification du pouls, fait plus rare. Il y a quelques années, Delore rapportait à la *Société de Chirurgie de Lyon* l'his-

toire « d'un enfant de 12 ans atteint de péritonite suppurée diffuse due à la gangrène de l'appendice : la température était restée à 37° et le pouls à 78. » Enfin, il faut savoir que cette paralysie intestinale qui accompagne la péritonite devient elle-même, dans certains cas, une véritable complication qui, à son tour, demande à être traitée chirurgicalement. (Ob. XIV).

L'explication de la paralysie intestinale au cours des péritonites n'est pas aisée : on admet bien encore dans les péritonites à marche lente la propagation de l'inflammation de la séreuse au muscle sous-jacent. « La phlogose du péritoine immobilise la tunique musculaire sous-jacente », écrit Guéneau de Mussy, mais dans les péritonites suraiguës, par perforation, où l'apparition du tympanisme coïncide presque avec le début de la péritonite, l'inflammation n'a pu avoir le temps de se propager au muscle. Henrot, le premier, chercha dans une action réflexe l'explication de cette paralysie aigue de l'intestin ; Gubler se range complètement à son avis. Duplay, par contre, admet bien la paralysie intestinale réflexe, mais ne croit pas qu'elle soit suffisante pour expliquer la pseudo-occlusion, et il fait jouer un rôle prépondérant à l'état de distension des anses intestinales, déterminant des coudures brusques, capables d'intercepter le cours des matières. Peyrot n'admet pas la restriction de Duplay et d'ailleurs, dans nombre d'autopsies, il n'existe pas de coudures brusques de l'intestin, dont le calibre est parfaitement perméable. Enfin Thiberge et Poupon, avec la plupart des auteurs actuels, admettent sans conteste l'iléus fonctionnel par paralysie réflexe, sans qu'il soit besoin d'aucune cause adjuvante.

PÉRITONITES TUBERCULEUSES.

Dans les péritonites tuberculeuses il y a deux grandes causes

d'occlusion : les productions fibro-caséuses créant un obstacle mécanique ; la paralysie intestinale.

Et cette paralysie intestinale, qui seule nous intéresse, apparaît souvent comme « première manifestation d'une tuberculose péritonale, jusque-là latente et ignorée » ; qu'il s'agisse, comme dans un cas de Quénu, d'une tuberculose miliaire aiguë généralisée ou, fait plus fréquent, qu'elle soit simplement l'expression de granulations péritonéales. Son apparition se fait parfois avec une telle brusquerie que l'on conclut à un obstacle mécanique et à la nécessité immédiate d'une intervention. Liouville parle d'une péritonite tuberculeuse, « qui débute par les seuls signes d'une obstruction intestinale et qui tient quelque temps le diagnostic en échec. » Lejars rapporte un cas où croyant avoir affaire à une « occlusion mécanique, il intervient et trouve la séreuse parsemée de granulations, sans qu'il y ait le moindre obstacle » (Ob. XV). Depuis, les observations se sont multipliées. Quénu en rapporte deux cas à la *Société de Chirurgie*, 1898 (Ob. XVI). Psaltogl en publie une autre dans la *Gazette des Hôpitaux*, 1898. Enfin Gourdon, dans sa thèse, réunit les observations parues jusque-là.

On explique de plusieurs façons cette paralysie. Les uns, comme Christiaens et Gourdon, en raison du brusque début des accidents, veulent y voir un phénomène réflexe, à point de départ péritonéal. D'autres préfèrent la loi de Stokes : « Un muscle sous-jacent à une séreuse enflammée se paralyse », et admettent, avec Lejars, « que ce début brusque résulte d'une recrudescence dans la marche de la maladie ».

Enfin, Christiaens et après lui Banteigne croient volontiers à une intoxication des centres corticaux et médullaires par les toxines élaborées dans le péritoine, par le bacille de Kock.

SAC HERNIAIRE ÉTRANGLÉ.

Les sacs herniaires déshabités, mais conservant encore une communication, si étroite soit-elle, avec la cavité péritonéale, peuvent, le jour où ils s'enflamment, donner lieu à un ensemble de symptômes qui simulent ceux d'une hernie étranglée.

Chassaignac, dans la *Revue médico-chirurgicale* de 1855, publie une série d'observations « de cette variété curieuse de fausses hernies ».

E. — Les parois abdominales

TUMEURS DE L'AINE.

Lorsqu'un malade, atteint de coliques, de vomissements et de constipation, présente, dans une région herniaire, une tumeur douloureuse et irréductible, on peut croire à un étranglement qui n'existe pas.

Une tumeur inguinale, cas de Decoux ; un kyste enflammé du cordon, comme chez le malade d'Heyfelder ; toutes les funiculites : Malgaigne rapporte un cas de funiculite rhumatismale ; une phlébite du plexus pampiniforme, malade de Bouisson ; un hématome du ligament rond, fait publié par Callender ; une hématocele consécutive à une contusion de l'aine, observation de Jamin, ont fait croire à une hernie inguinale étranglée.

Une varice ampullaire enflammée de la saphène comme chez la malade de Thiéry ; l'inflammation du ganglion de Cloquet : Tillaux en rapporte deux cas, l'un personnel, l'autre de Berard ; une adénite iliaque bacillaire, au *XV^e Congrès français de Chirurgie*, Reboul en rapporte une observation ; à la même séance, J. Reverdin parle de faits semblables ; ont été prises pour une hernie crurale étranglée.

Le voisinage du péritoine, l'inflammation qui en résulte suffit pour faire naître un réflexe qui provoque la paralysie de l'intestin.

TRAUMATISMES DE L'ABDOMEN.

On s'est beaucoup occupé des traumatismes de l'abdomen, mais on a surtout eu comme objectif les lésions viscérales consécutives. Tous les auteurs sont d'accord, à l'heure actuelle, pour admettre la fréquence de ces lésions, en particulier celles de l'intestin, et pour reconnaître qu'elles ne sont pas toujours en rapport avec la violence du traumatisme. Parfois, c'est une péritonite par perforation qui s'ensuit ; d'autres fois, sans grosses lésions, comme dans un cas de Boiffin, c'est une « septicémie intestino-péritonéale » qui fait son apparition ; enfin, il peut y avoir simplement péritonite locale et formation rapide de brides, comme chez le malade de Schœnwerth.

Cependant, dans un certain nombre de cas, à la suite de traumatismes de l'abdomen, on a remarqué de simples troubles fonctionnels de la musculature intestinale, dûs sans doute à l'excitation des nerfs sympathiques abdominaux qui réagissent par réflexe sur l'intestin et produisent tantôt sa paralysie, tantôt sa contracture.

Chouet, le premier, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* (1878) attire l'attention sur cette complication des traumatismes abdominaux et cite une observation. Gueytat rapporte un cas de Rollet : à l'intervention on trouve « simplement l'intestin grêle contracturé et réduit au volume d'un intestin de poulet ». Dans un cas de Michaux : « il y a 3 ou 4 mètres d'intestin contracturé », mais il y a en outre 3 ou 4 petites déchirures du mésentère. Hepner rapporte l'histoire d'une malade qui, après une chute sur le côté gauche, présente des signes d'occlu-

sion. Au bout de huit jours on fait la laparotomie ; on trouve le gros intestin fortement distendu, l'intestin grêle normal. Enfin, Lejars observe chez un homme qui a été renversé sur le ventre, mais ne présente aucun signe de lésion viscérale, une véritable dilatation aiguë de l'intestin. Le ballonnement du ventre est considérable et généralisé, les intestins distendus sont à plein sous la peau, nulle part il n'y a de matité, ni de résistance locale, ni de sensibilité. La détente se fait au bout d'une dizaine de jours.

II. — Traumatismes à distance

FRACTURES DE CÔTES. — FRACTURE DE CUISSE.

Les fractures de côtes et les fractures de cuisses sont susceptibles de se compliquer d'iléus. Adams, dans les *Annals of Surgery* (1910), rapporte l'histoire de deux malades qui, quelques jours après des fractures de côtes, présentent des signes d'occlusion intestinale. Chez l'un d'eux, il fait une laparatomie croyant à une coïncidence et soupçonnant un cancer de l'S iliaque ; il ne trouve nulle trace de tumeur, mais constate que l'intestin grêle est dilaté et le gros intestin normal ; l'état s'aggrave, le malade meurt et l'autopsie confirme ce qu'avait montré l'opération. Chez l'autre malade il ne fait pas de laparatomie, il se contente d'un anus artificiel, le malade guérit. Quenu, dans le *Bulletin médical*, 1913, parle d'un cas semblable qui lui fut oralement communiqué par Le Dentu, mais ici la fracture ne siégeait pas à l'angle postérieur des côtes. Lejars, à la *Société de Chirurgie* de 1897, rapporte l'observation d'un malade qui est pris d'accidents d'iléus, deux jours après une fracture de cuisse

haut située. Il meurt et l'autopsie ne révèle aucune trace d'obstacle mécanique.

On ne perçoit pas tout d'abord comment l'iléus peut succéder à des traumatismes de ce genre. Cependant, les fractures, particulièrement les fractures multiples de côtes succèdent souvent à des chutes violentes occasionnant de larges contusions du tronc. Or, nous savons que les contusions de l'abdomen sont susceptibles de se compliquer, par reflexe, de paralysie de l'intestin. En outre, les fractures de côtes, surtout celles du segment postérieur, comme chez les deux malades d'Adams, « produisent par le déplacement et la mobilité de leurs fragments une irritation directe des ganglions sympathiques et, par là même, du splanchnique, d'où paralysie de l'intestin. »

III. — Maladies nerveuses

ORGANIQUES.

CERVEAU.

Depuis les travaux de Mikowysky, nous savons qu'il existe dans les couches optiques et dans l'écorce cérébrale des centres coordinateurs des mouvements de l'intestin. Il est donc évident qu'un certain nombre de lésions ou d'affections intéressant ces centres auront un retentissement sur la motilité intestinale. La constipation est de notion courante au cours du ramollissement, des hémorragies et des tumeurs du cerveau. Les méningites, et particulièrement les méningites tuberculeuses, en raison sans doute de leur localisation plus fréquente à la base, s'accompagnent d'une constipation opiniâtre. Dans un cas de méningite cérébro-spinale, rapporté par Mattei, on pense pendant quelque temps à une occlusion mécanique.

MOELLE ÉPINIÈRE.

Les centres corticaux communiquent avec l'intestin par l'intermédiaire de la moelle épinière d'où naissent les filets spinaux qui se rendent au grand sympathique ; aussi toutes les causes traumatiques ou pathologiques susceptibles d'interrompre sa continuité auront un retentissement sur la motilité intestinale et leur action sera d'autant plus active que la lésion siègera plus près du renflement lombaire.

Les compressions médullaires constituent une cause déterminante assez fréquente, en tout cas indiscutable, de paralysie intestinale. Guéneau de Mussy a vu, immédiatement après la fracture d'une vertèbre : « se déclarer une tympanite excessive avec refoulement du cœur et des poumons. » Denarie cite un cas semblable : « constipation opiniâtre et tympanisme accompagnant une paraplégie résultant d'une chute sur la colonne vertébrale. Il en est de même des compressions pathologiques ».

Les lésions et les affections de la moelle épinière agissent dans le même sens. L'hémorrhagie de la moelle est signalée par Martineau comme une cause fréquente de constipation. Hepner rapporte l'histoire d'une malade qui, étant tombée sur le côté gauche, présente de la paralysie intestinale ; elle meurt et l'autopsie permet de constater des hémorrhagies de la moelle cervicale et dorsale inférieure.

Le tabés est une cause fréquente de paralysie intestinale. Henrot en relate un cas terminé par la mort. Dans le plus grand nombre de cas d'ataxie rapportés par Dujardin-Beaumetz dans sa thèse, il existe une constipation opiniâtre. Denarie donne huit observations personnelles de tabés ; dans toutes il y avait constipation ; il cite huit cas observés par Marie (de Strasbourg), six

fois la constipation existe intense. Enfin, Dufour et Cottenot rapportent à la *Société de Neurologie* (1909), l'histoire « d'une jeune femme de 23 ans atteinte de constipation marquée, avec vomissements verdâtres, » on pense à une occlusion intestinale, on l'opère d'urgence et on ne trouve aucune cause ; or, cette malade était une tabétique atteinte de crise gastrique.

La paralysie générale, qui présente si fréquemment des lésions médullaires, s'accompagne souvent, comme le tabés, de constipation. Marcé en avait déjà fait la remarque ; Denarie, dans sa thèse, rapporte deux cas de pseudo-occlusion qu'il observa à Bicêtre chez des paralytiques généraux ; ces deux cas eurent une issue fatale.

NERFS PÉRIPHÉRIQUES.

« Règle générale, les névrites ne s'accompagnent pas de troubles des sphincters, c'est même là un des meilleurs signes qui permettent de distinguer les polynévrites d'avec certaines affections de la moelle, en particulier, le tabés périphérique d'avec le tabés vrai. Pourtant il existe un certain nombre d'observations de polynévrites où l'on a constaté l'existence de troubles de la miction et de la défécation » (Raymond). Ce sont généralement des accidents tardifs qui surviennent après la paralysie des membres.

Henrot rapporte une observation de polynévrite typhique compliquée de paralysie de l'intestin ; malheureusement, il ne s'étend pas suffisamment sur les manifestations intestinales. Trousseau écrit, à propos des polynévrites diphtériques : « Les muscles de la vie organique ne sont pas à l'abri de l'influence du mal ; les tuniques musculaires de l'intestin et du rectum sont souvent affectées. Ainsi que je l'ai vu maintes fois, il y a cons-

tipation opiniâtre ». Maingault, dans les *Archives générales de Médecine*, 1859, rapporte trois observations de polynévrite diphtérique, une personnelle, les deux autres de Sellerier, « où il existe une constipation des plus intenses, résistant aux purgatifs énergiques. »

Dans toutes ces observations, la guérison fut complète au bout d'un certain temps.

FONCTIONNELLE : HYSTÉRIE

Comme le rappellent Roch et de Senarclens dans la *Semaine médicale*, 1909, beaucoup d'observations intitulées occlusions hystériques doivent être regardées comme suspectes et mises sur le compte de la simulation, surtout celles qui sont antérieures aux travaux de Babinski. Cependant, il est bien évident qu'il existe chez les hystériques des accidents intestinaux qui se traduisent par le syndrome occlusion.

Dans l'hystérie, en effet, on voit parfois survenir, soit brusquement, soit progressivement, ou après une période plus ou moins longue de diarrhée, un arrêt stercoral complet avec, parfois, vomissements fécaloïdes et même, dans certains cas, rejet par la bouche de matières moulées, comme chez une malade de Jaccoud. Et cet arrêt stercoral, comme l'ont montré les opérations et les autopsies, dépend, tantôt d'une paralysie, tantôt d'un spasme de la musculature intestinale et beaucoup plus souvent de l'un et de l'autre, sans qu'il soit possible d'en préciser la cause; paralysie plus ou moins généralisée donnant lieu à la tympanite diffuse; spasme localisé ou alternant avec la paralysie donnant lieu à de fausses tumeurs ou à de la tympanite locale.

Dans un cas de Schloffer, il y avait un météorisme considérable, on pratiqua la laparotomie qui montra « une anse de

l'intestin grêle de 25 centimètres de longueur excessivement contracturée, tandis que le segment sus-jacent présentait une dilatation énorme ». Chez un autre de ses malades la portion inférieure de l'intestin grêle offrait des contractions musculaires très fortes sur une étendue de 10 centimètres. Dans un cas de Glasel « l'intestin était en contracture spastique sur une longueur d'environ 20 centimètres » ; dans celui de Nordman, « l'intestin grêle ainsi que le cœcum étaient dilatés, le gros intestin était dur et contracturé depuis le milieu du colon ascendant jusqu'à l'S iliaque ». Un malade d'André présentait périodiquement de fausses tumeurs le long de son gros intestin, tumeurs s'accompagnant de constipation opiniâtre et de suppression des gaz.

IV. Intoxications.

SATURNISME.

Dans l'intoxication saturnine, la constipation peut être le phénomène dominant et faire croire à une occlusion mécanique surtout quand il s'agit d'une intoxication accidentelle. Il en était ainsi chez les malades des D^{rs} Chastenet de Gery, Pasquereau et L. Sourdille, chirurgiens des Hôpitaux de Nantes, dont nous citons les observations (Ob. XVII, XVIII, XIX). Chez la malade de Milian, au contraire, dont H. Bernard rapporte l'histoire, ce fut dans le cours d'une colique saturnine que survint l'occlusion. Hermant et l'école de Lille expliquent l'arrêt stercoral par la contracture des muscles de la paroi abdominale. Le ventre est rétracté écrit Hermant, les muscles raidis contracturés, la paroi abdominale est dans une telle tension qu'elle immobilise tous les organes qu'elle recouvre ; elle emprisonne l'intestin, le comprime, arrive à en faire un corps inerte, un tube rigide et

sans mouvements. Mais cette rétraction, comme le rappelle H. Bernard, n'existe pas dans tous les cas ; dans un certain nombre, l'abdomen présente sa forme normale, dans d'autres, il est ballonné. D'ailleurs, un certain nombre d'interventions, quelques autopsies et beaucoup d'expériences sur les cobayes ont montré l'intestin le plus souvent contracturé ; plus rarement parésié et dans un certain nombre de cas présentant alternativement des zones de contracture et de paralysie. Il est donc bien évident que la constipation est due à l'action directe du plomb sur les fibres musculaires lissés de l'intestin sans d'ailleurs qu'il soit possible de préciser cette action.

OPIUM.

« Un certain nombre de substances médicamenteuses, telles l'opium, la morphine la belladone, écrit H. Bernard, semblent paralyser l'intestin en anesthésiant ses terminaisons nerveuses, supprimant ainsi l'origine du réflexe moteur ». Pour Nothnagel, Pal et Bergrun, au contraire, l'opium agit en supprimant le pouvoir réflexe de la moëlle épinière vis-à-vis de l'intestin.

V. Maladies toxémiques, dyscrasiques, infectieuses

URÉMIE.

La diarrhée n'est pas la seule manifestation intestinale de l'urémie : il peut également exister une constipation opiniâtre, capable dans certains cas de faire croire à une occlusion mécanique, en particulier au cancer de l'intestin. Et cette occlusion peut être la première manifestation de l'urémie ou faire suite à d'autres manifestations d'insuffisance urinaire, notamment à une période plus ou moins longue de troubles gastro-intestinaux.

Richardson et Mercklen, les premiers ont attiré l'attention sur l'existence de la constipation dans l'urémie. Mercklen rapporte même une observation d'anurie chez un pneumonique qui s'accompagna de constipation intense. Paul Delbet dans la *Presse médicale* 1907, en rapporte trois cas ; pour l'un « il fit une laparotomie et trouva un intestin petit et manifestement rétracté », c'est d'ailleurs un des seuls cas d'urémie occlusive qui permette de juger sur le vivant de l'état de l'intestin (Ob. XX). Reynier et Lechevallier, en rapportent une observation à la *Société anatomique*, 1910. Les Drs Favreul, chirurgien des Hôpitaux de Nantes et Herteaux nous en communiquent une très belle (Ob. XXI). Enfin Blanchet dans une thèse sans intérêt sur l'occlusion urémique, réunit un certain nombre d'observations déjà publiés.

La physiologie de cette occlusion est assez difficile à expliquer. « On sait depuis Claude Bernard, écrit Paul Delbet, qu'en cas d'insuffisance rénale, une partie des produits d'excrétion est éliminée par l'intestin notamment sous forme de carbonate d'urée. Ces produits sont irritants pour la muqueuse ; c'est ainsi qu'ils déterminent soit une diarrhée profuse, soit même des ulcérations ; que l'on suppose ces produits excrétés en petite quantité, on peut admettre qu'ils ne produisent qu'une excitation superficielle de l'intestin et qu'au lieu de provoquer des contractions violentes du conduit, ils déterminent simplement un spasme ». Plus loin il ajoute : « peut être aussi faut-il faire intervenir l'action du système nerveux central et faire rentrer ces pseudo-obstructions dans la classe des phénomènes convulsifs ».

GOUTTE.

« Parmi les troubles digestifs qui se montrent dans la goutte

aiguë ou chronique, soit comme phénomène prémonitoire, soit pendant l'accès, l'arrêt des matières fécales est des plus communs » et cet arrêt stercoral peut aboutir à une véritable occlusion.

Denarie, dans sa thèse, cite un cas de ce genre dont l'issue fut fatale. Garrod attribue ces troubles digestifs à une « altération du sang par un excès d'urates ».

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Chevalier, dans sa thèse, rapporte une observation de rhumatisme articulaire aigu dans laquelle des accidents de pseudo-occlusion alternent avec les manifestations articulaires. Il ne croit pas qu'il y ait eu complication péritonéale et se demande « si le processus ne s'est pas porté sur l'intestin, comme il s'est porté ensuite sur la plèvre et sur le péricarde ». Il faut de plus ajouter que le malade avait rejeté un lombric dans ses vomissements.

SCARLATINE.

Dans le *Progrès médical* 1890, Demmler cite un cas de scarlatine ayant débuté par des accidents d'occlusion intestinale. Il attribue cette occlusion « à un exanthème intestinal qui pendant quelques jours occasionne une entérite intense et se complique finalement d'iléus ».

PNEUMONIE.

Le Dr Chastenet de Gery, chirurgien des Hôpitaux de Nantes, nous communique une observation d'occlusion fonctionnelle survenue chez une névropathe au décours d'une pneumonie ; à

la paralysie intestinale s'ajoute bientôt une paralysie vésicale.
(Ob. XXIII.)

SEPTICÉMIE A PNEUMOCOQUES.

C'est un fait classique, la pneumonie n'est qu'une manifestation locale d'une maladie générale, la septicémie à pneumocoque; parfois même cette manifestation pulmonaire manque, d'autres fois, elle apparaît tardivement, on assiste alors à des localisations diverses du diplocoque; nez, oreilles, méninges, séreuses articulaires, pleurales, péritonéale, etc., qui devenant le fait primordial peuvent égarer le diagnostic. Ainsi, dans les deux cas d'occlusion intestinale rapportés par Triboulet, le syndrome occlusion, manifestation de la septicémie abdominale avait seul, à un premier examen, attiré l'attention, la pneumococcie étant passée inaperçue. « Dans tous ces cas, ajoute Triboulet, c'est uniquement un syndrome capable de rectifier le diagnostic, de conduire d'un diagnostic chirurgical apparent vers un diagnostic médical, car il semble bien que ce soit un syndrome tardif, terminal qui permette de fixer un pronostic fatal à bref délai. »

CHAPITRE III

Etude clinique

Au point de vue symptomatique, il n'y a pas de différence essentielle entre l'occlusion mécanique et l'occlusion fonctionnelle. L'occlusion est un syndrome, c'est-à-dire un appareil clinique déterminé par des causes diverses. L'organisme réagit toujours à peu près de la même façon pour un même trouble de fonctionnement, et il est facile de comprendre que l'arrêt des matières, qui est le propre de l'occlusion intestinale, se traduit, quelle qu'en soit la cause, par un ensemble symptomatique univoque. Les différences qui peuvent exister entre le tableau de l'une et l'autre occlusions : la mécanique et la fonctionnelle se réduisent donc à des nuances de détail. Néanmoins, une étude attentive permet souvent de les reconnaître. En outre, si la cause qui a amené l'arrêt des matières n'agit que peu par elle-même pour modifier la physionomie des symptômes dus au trouble de fonctionnement de l'intestin, par contre, elle ajoute quelquefois, au tableau clinique des symptômes qui lui sont propres, qui se surajoutent aux autres et leur forment, pour ainsi dire, une sorte de décor particulier.

Ces considérations nous imposent pour l'étude clinique un plan simple et commode. Nous ferons d'abord une étude pure-

ment analytique des symptômes que l'on rencontre dans l'occlusion, en notant leurs variations.

Puis nous résumerons dans un petit chapitre les moyens dont on dispose parfois pour distinguer l'occlusion fonctionnelle de l'occlusion mécanique.

Et nous terminerons en essayant de montrer comment on peut remonter à la cause en traçant quelques-uns des types que peut revêtir l'occlusion fonctionnelle.

Nous ne croyons pas utile de faire le chapitre classique du diagnostic différentiel ; nous ne pourrions que le remplir de ce qui a été écrit partout. D'ailleurs, un bon nombre de maladies qui, dit-on, simulent l'occlusion peuvent être le point de départ d'une occlusion fonctionnelle, et nous serons ainsi amenés à en parler.

ANALYSE DES SIGNES HABITUELS DE L'OCCLUSION INTESTINALE, QUELLE QU'EN SOIT LA NATURE.

Constipation. — La constipation est le symptôme par excellence de l'occlusion et souvent un des premiers signes ; habituellement, dès l'instant où l'occlusion se constitue, il y a suppression absolue de toute expulsion, par l'anus, de selles et de gaz.

Dans certaines formes, particulièrement dans l'iléus paralytique des vieillards, la constipation s'installe lentement.

Cependant la suppression des selles n'est pas toujours absolue et il faut connaître les exceptions. D'abord, dans les premières heures qui suivent l'occlusion, le bout inférieur de l'intestin se vide parfois par quelques évacuations. Puis, il y a des occlusions mécaniques où il y a de la diarrhée, quelquefois même très abondante, soit qu'il se produise, comme l'admettent Leichtenstein et Le Dentu, une transsudation séreuse dans le bout

inférieur d'un intestin étranglé près de son extrémité supérieure, soit qu'on ait affaire à une occlusion mécanique incomplète ; « le liquide accumulé dans l'intestin au-dessus de l'obstacle par le fait de la stase et de l'hypersécrétion peut franchir le point rétréci d'une façon continue, ou par véritables petites débauches successives » (Mathieu).

Soit qu'il s'agisse d'une invagination intestinale infantile, pour laquelle on note presque toujours des selles diarrhéiques, muco-sanguinolentes.

Parfois dans l'iléus paralytique des vieillards, à un certain moment, il y a, par jour, plusieurs selles très pénibles constituées uniquement de glaires et de sang.

Enfin, dans certaines occlusions fonctionnelles, l'arrêt des gaz n'est pas absolu. Il peut y avoir quelques émissions gazeuses alors que, par ailleurs, l'état du malade est caractérisé et grave.

Vomissements. — Les nausées et les vomissements constituent des phénomènes précoces et ne manquent pour ainsi dire jamais. Les matières vomies sont d'abord alimentaires, puis muqueuses, bilieuses, et enfin fécaloïdes ; on a même, dans certains cas, signalé des vomissements de matières fécales. Les vomissements fécaloïdes ne sont pas un signe pathognomonique de l'occlusion et c'est une grave erreur d'attendre leur apparition et d'en faire un élément nécessaire au diagnostic. Ils peuvent, d'ailleurs, manquer, par exemple, quand il s'agit d'un obstacle siégeant à l'origine du jéjunum, où se montrer très tardivement, traduisant une stercorémie déjà profonde. Ils sont faciles à reconnaître à leur couleur jaune brunâtre, à leur odeur infecte, qui rappellent absolument celles des matières contenues dans l'intestin grêle.

Il n'y a rien de régulier dans la façon dont se produisent les vomissements. Très abondants et incoercibles, dans certains cas, les vomissements ne surviennent d'autres fois qu'à des intervalles éloignés. Quelques malades vomissent une ou deux fois au début, puis les vomissements cessent ou deviennent rares; chez d'autres, ils n'apparaissent que 24 ou 36 heures après le début de l'occlusion; quelques-uns enfin n'ont qu'un ou deux vomissements insignifiants pendant les premiers jours. Ces différences tiennent pour beaucoup au siège de l'obstacle; l'étranglement de l'intestin grêle, s'accompagnant en général de vomissements bien plus précoces et bien plus rebelles que l'étranglement du gros intestin; mais ils dépendent aussi pour beaucoup des prédispositions individuelles.

Douleur. — Le plus souvent la douleur est le phénomène initial aussi bien dans l'occlusion fonctionnelle que dans l'occlusion mécanique; il se peut cependant qu'elle fasse défaut et que le malade accuse simplement quelques coliques abdominales de faible intensité; mais ceci est fort rare dans les formes aiguës de l'occlusion. D'ordinaire, la douleur est brutale et violente, quelquefois localisée au début en un point précis de l'abdomen qui peut correspondre au siège de la lésion; plus souvent, siégeant au niveau de l'ombilic, ce qui tiendrait, d'après Tréves, à ce que le plexus solaire correspond à cette région, elle se généralise bientôt et s'irradie dans tous les sens.

La douleur est souvent plus vive et surtout plus prolongée dans les occlusions incomplètes et dans certaines formes d'occlusions fonctionnelles, évidemment celles où le spasme est en cause, qu'il soit ou non associé à la paralysie. Nous insistons sur la persistance des phénomènes douloureux dans ces formes spas-

modiques de l'occlusion fonctionnelle. Nous croyons entrevoir la raison pour laquelle les choses ne se passent pas ici comme dans l'occlusion mécanique complète : dans l'occlusion mécanique, aussitôt que l'obstacle s'est constitué, de manière à interrompre la circulation des matières d'une façon absolue, l'intestin sus-jacent qui est sain, entre en lutte contre l'obstacle pour forcer le passage ; en d'autres termes, il se contracte d'une façon anormale et excessive qui se traduit par des douleurs très vives ; c'est ce qui explique que la douleur soit un phénomène initial dans l'occlusion mécanique et qu'elle soit dès ce moment très intense, mais au bout de quelques heures, comme pour tous les viscères musclés qui deviennent brusquement incapables d'évacuer leur contenu par suite d'obstacle mécanique ; après la phase de lutte et très vite, la paralysie survient. Or, l'intestin paralysé ne semble pas être le siège de douleurs très prononcées, et c'est ainsi que les douleurs abdominales de l'occlusion mécanique complète disparaissent assez vite. Il n'en est pas toujours ainsi dans l'occlusion mécanique incomplète ; ici, l'obstacle restant perméable la lutte continue et les contractions douloureuses persistent fort longtemps. A plus forte raison dans l'occlusion spasmodique, ici la contraction de la musculature intestinale est le facteur même de l'occlusion, et on comprend dès lors que les douleurs qui résultent du spasme durent avec toute leur intensité aussi longtemps que l'occlusion elle-même.

Aspect de l'abdomen : Météorisme.

Le météorisme manque rarement : phénomène parfois rapide, le plus souvent tardif il traduit la dilatation, plus tard la paralysie des anses intestinales sus-jacentes à l'obstacle.

Généralement l'abdomen est uniforme, distendu ; parfois

cependant le ballonnement prédomine en certains points, la déformation étant dans une certaine mesure en rapport avec le siège de l'obstacle. Au soulèvement de la région ombilicale correspond l'obstacle de la fin de l'intestin grêle, au ballonnement des flancs l'obstacle de l'anse sigmoïde.

Le ballonnement est d'abord modéré, on voit encore au moment des crises douloureuses se dessiner sous la paroi les contractions péristaltiques des anses intestinales dilatées ; mais bientôt l'abdomen devient énorme, il est tendu, luisant, la paralysie a succédé aux contractions, l'intestin se dessine sous la peau.

Il y a pourtant un certain nombre de cas où le ballonnement fait défaut, dans d'autres il y a même rétraction de l'abdomen, par exemple quand l'obstacle siège près du duodénum. Dans quelques occlusions mécaniques incomplètes et dans certaines occlusions fonctionnelles où le spasme s'étend à la plus grande partie de l'intestin, comme le plus souvent dans la colique de plomb.

Palpation.

Généralement la palpation de l'abdomen ne provoque pas par elle-même de grosses douleurs ; mais souvent elle réveille la contractilité intestinale et occasionne chez le malade une recrudescence de souffrances ; dans la colique de plomb, au contraire, la palpation large et profonde amène parfois un soulagement, pour ainsi dire immédiat, qui dure autant que la pression.

Dans quelques cas, les indications fournies par la palpation deviennent d'une réelle utilité pour le diagnostic. La constatation d'un point douloureux avec défense musculaire à ce niveau est quelquefois un indice important du siège de l'obstacle, surtout si le malade désigne ce point comme étant celui par lequel

la douleur spontanée a débuté. Dans l'occlusion par entérite, les douleurs spontanées et provoquées : diffuses, multiples et variables se montrent à la fois sur divers points de l'intestin.

La recherche et l'examen du cœcum (signe de Bouveret); la consistance donnée par une anse parésiée au-dessus de l'obstacle (signe de Von Wahl) sont autant d'indices du siège de la lésion. Enfin, dans l'invagination, l'exploration du ventre permet parfois de découvrir une tumeur molle, cylindroïde, mobile, qui se durcit et se contracte pendant les paroxysmes douloureux.

Ajoutons que le toucher rectal, qui est de rigueur, dans toutes les formes d'occlusion peut également fournir des données utiles.

Percussion.

La dilatation intestinale se traduit à la percussion par une exagération du tympanisme normal.

Parfois on constate, dans les parties déclives de l'abdomen, en dehors de toute inflammation du péritoine, de la matité ou de la submatité traduisant la présence d'un épanchement séro-hématique dans la séreuse (signe de Gandolphe).

Dans les occlusions incomplètes, on observe assez fréquemment le signe du clapotage et de la matité déclive décrite par Von Litten et Pierre Delbet, étudié depuis par Mathieu et Ricard qui en ont montré tout l'intérêt clinique.

Lorsque les anses intestinales renferment au-dessus du point sténosé une quantité assez considérable de liquide hypersécrété, en plaçant le malade dans le décubitus dorsal, la percussion brusque de la région qui correspond à ces anses produit un bruit de clapotage analogue à celui des grandes dilatations gastriques. Cette zone est mate et siège le plus souvent autour de l'ombilic traduisant la stase de l'intestin grêle. Dans le décubitus latéral,

la matité se déplace et vient occuper comme dans l'ascite les parties les plus déclives, le reste de l'abdomen redevenant sonore.

Symptômes généraux.

Les symptômes généraux sont des phénomènes de dépression, ils sont parfois lents à apparaître, d'autres fois, la prostration et la douleur du début se montrent presque simultanément. Ces symptômes dépendent d'une part de phénomènes réflexes, d'autre part et surtout d'intoxication stercorale. « Dès que la circulation intestinale a cessé dans une anse étranglée, parésiée ou immobilisée par un mécanisme quelconque, l'anse devient très vite perméable aux microbes intestinaux, la résorption commence et le malade est en puissance d'intoxication continue et cette intoxication qui s'aggrave d'heure en heure », se traduit finalement par des indices tout spéciaux. Le faciès est pâle et tiré, les yeux creusés, le nez aminci, le regard anxieux ; des marbrures violacées se dessinent sur les pommettes, le pouls très fréquent est petit, dépressible, irrégulier, les extrémités se refroidissent, la température s'abaisse, la respiration devient fréquente, superficielle, anxieuse, les urines se suppriment.

Certes, le tableau n'est complet qu'aux périodes avancées ; mais, dès le début, le pouls et le faciès sont déjà révélateurs. Quant à la température, à moins qu'il n'existe une complication infectieuse quelconque, on peut dire qu'il y a toujours hypothermie dans l'iléus et que c'est avec raison que l'on a voulu y voir un critérium certain de l'occlusion.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE L'OCCLUSION MÉCANIQUE ET DE L'OCCLUSION FONCTIONNELLE

Nous avons l'intention de souligner les traits distinctifs des

deux occlusions; nous serons peut-être amenés à nous répéter ; mais nous croyons utile de mettre en valeur de petits détails qui peuvent être utiles à l'intérêt du malade.

Certes, il y a des cas où le diagnostic est impossible ; bien souvent cependant, dans les occlusions fonctionnelles, si les apparences sont celles de l'iléus mécaniques il y a pourtant dans le mode de début, dans l'évolution, dans les symptômes, dans l'état général certains indices qui cadrent mal avec la forme typique, et qui vous mettent sur la voie ; c'est sur ces indices que nous allons insister.

Constipation.

Dans l'occlusion mécanique, à moins qu'il ne s'agisse d'une invagination, d'une occlusion incomplète, où d'un obstacle haut situé avec hypersécrétion dans la partie sous-jacente, la suppression des selles et des gaz est rapide et absolue.

Dans l'occlusion fonctionnelle, la constipation peut être aussi rapide et aussi absolue, parfois cependant elle s'installe progressivement, d'autres fois elle succède à une période plus ou moins longue de diarrhée, ou fait suite à une entérorragie. Enfin, dans un certain nombre de cas, le malade a rendu quelques gaz, alors que les selles sont déjà supprimées depuis 24 ou 36 heures.

Vomissements.

Dans l'occlusion mécanique, les vomissements suivent généralement une marche progressive; ils sont d'abord alimentaires, puis rapidement muqueux, bilieux et enfin fécaloïdes.

Au contraire, dans l'occlusion fonctionnelle, souvent les

vomissements ne dépassent pas le stade bilieux, même à une période avancée des accidents.

Douleur.

Dans les occlusions fonctionnelles où le spasme est le facteur même des accidents, qu'il soit ou non associé à la paralysie, les douleurs sont particulièrement vives et prolongées et conservent la même intensité pendant toute la durée de l'iléus ; il en est de même dans les occlusions mécaniques incomplètes. Par contre, dans l'occlusion mécanique absolue, les douleurs très violentes au début se calment peu à peu et finissent par disparaître ; à la contracture succède la paralysie de l'organe.

Inspection.

Dans l'occlusion mécanique, à moins d'un obstacle voisin du duodénum, le ballonnement de l'abdomen apparaît de bonne heure et s'accroît rapidement ; dans quelques occlusions mécaniques incomplètes, le ballonnement fait défaut. Dans certaines occlusions fonctionnelles, celles où le spasme est étendu à la partie de l'intestin, l'abdomen est le plus souvent retractoré ou conserve sa forme normale.

Palpation.

La palpation dans l'occlusion mécanique n'est généralement pas très douloureuse ; dans l'occlusion fonctionnelle il n'en est pas toujours ainsi : la palpation peut provoquer des douleurs très vives sur divers points de l'abdomen ou révéler une sensibilité diffuse à toute la paroi. D'autres fois, la palpation large et profonde calme les douleurs, alors que la décompression les exagère.

Etat général.

Dans l'occlusion mécanique, l'état général du malade devient rapidement inquiétant. Au contraire, dans l'occlusion fonctionnelle, il y a parfois désaccord complet entre les symptômes locaux et l'état général du malade qui demeure excellent ; d'autres fois, sans avoir une discordance aussi frappante, l'état général reste relativement bon pour la durée des accidents ou l'intensité des douleurs : Le pouls n'a pas subi de grandes variations, il est simplement un peu plus rapide, mais régulier et bien frappé ; le visage légèrement modifié ne rappelle en rien le faciès abdominal ; il est tendu, fatigué, mais non grippé. Enfin il existe parfois une élévation de la température, traduisant un état infectieux.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Parfois le diagnostic de la cause fonctionnelle est fait d'emblée, en même temps que celui de l'occlusion. Ex. : occlusion nerveuse par lésion de la moëlle et du cerveau ; d'autrefois, il faut au contraire une observation attentive pour arriver à décèler cette cause. Nous avons vu par l'analyse des symptômes qu'il n'y en a aucun dont la variation dans un certain sens soit constamment en rapport avec l'occlusion fonctionnelle, mais qu'il existe parfois certains indices qui attirent l'attention et amènent à chercher les symptômes accessoires qui appartiennent à la cause elle-même. Il faut d'ailleurs toujours songer aux occlusions fonctionnelles et rechercher les signes propres à chaque cas.

ENTÉRITE.

Des coliques diffuses extrêmement vives, une constipation

tout à fait opiniâtre, une fièvre légère, puis l'évacuation avec beaucoup de difficultés de selles très fétides, tels sont les caractères de l'iléus fonctionnel par entérite.

SATURNISME.

La rétraction plus ou moins accentuée du ventre, la sensibilité très vive provoquée par la palpation superficielle de l'abdomen, alors qu'une pression large et profonde amène un soulagement pour ainsi dire immédiat qui dure autant que la pression, la myosalgie ou douleur des muscles abdominaux ; la recherche du liseré de Burton ou des placards pigmentaires à la face interne des joues au niveau des molaires et des prémolaires, sont autant de signes qui, réunis ou séparés permettront de diagnostiquer une occlusion saturnine.

COLIQUE NÉPHRÉTIQUE.

Le caractère des urines, inspection à l'œil nu, analyse chimique et examen microscopique du dépôt, la fréquence exagérée des mictions, le réveil des douleurs par la palpation de la région lombaire au-dessous de la dernière côte, doivent éveiller l'idée de lithiase rénale.

COLIQUE HÉPATIQUE.

De même, les douleurs de l'hypochondre droit irradiées à l'épigastre, ou les douleurs localisées à l'épigastre même ; la recherche du point de Flemming, l'existence d'un ictère même léger et la présence de pigments biliaires dans les urines, permettent de conclure à la lithiase biliaire et d'attribuer l'occlusion fonctionnelle tantôt à la migration du calcul dans le cholédoque, ou à son inclusion dans l'intestin.

OBLITÉRATION DES VAISSEAUX MÉSENTÉRIQUES.

L'existence d'une affection cardiaque, une hémorrhagie intestinale plus ou moins abondante, l'émission de selles diarrhéiques contenant des débris de muqueuses et du sang, ou des matières goudronnées, dans les heures qui précèdent l'occlusion, des vomissements abondants aqueux, parfois sanglants ; une douleur atroce généralement périombilicale avec irradiations lombaires, surtout si elle coïncide avec l'entérorrhagie (Lerat et Cléret), sont autant de signes de l'oblitération des vaisseaux mésentériques.

APPENDICITE.

La localisation des accidents dans la fosse iliaque droite, la sensibilité extrême du cul-de-sac recto-vésical ou recto-utérin (Tuffier), la différence plus considérable qu'à l'état physiologique de la température axillaire et rectale, qui peut atteindre 0°9 à 1°4 (Schüle et Cahier), l'hémodiagnostic qui révèle une hyperleucocytose polynucléaire, mais qui s'observe également dans toutes les suppurations chaudes, conduisent au diagnostic d'appendicite.

PÉRITONITES AIGUES.

Pour les péritonites aiguës, l'hémodiagnostic peut donner des renseignements utiles, mais ici le plus souvent la défense de l'organisme est sidérée et il y a plutôt hypoleucocytose. De même l'on constate parfois la sensibilité spéciale du Douglas, quand l'infection s'est propagée à ce cul-de-sac. En outre, la recherche d'un frisson initial, le caractère du pouls, rapidement petit et fréquent, l'œdème même très léger de la paroi abdominale, la

proéminence du nombril et la présence de taches hyperhémiques sur le visage (Tavel), les douleurs particulièrement vives provoquées par la palpation de l'abdomen ou la rénitence spéciale fournie par cette même palpation, permettent de conclure à la péritonite et d'en rechercher les causes.

PÉRITONITES TUBERCULEUSES.

Quant à la péritonite tuberculeuse, on peut conclure à son existence, d'après certains antécédents pathologiques : coxo-tuberculose antérieure, ostéite du bassin, tuberculose pulmonaire à évolution torpide. En outre, la marche particulière de l'occlusion qui procède parfois par poussées successives : à une période de quelques jours d'iléus succède une amélioration jusqu'au jour où la paralysie intestinale s'installe définitivement ; la consistance inégale fournie par la palpation de l'abomen, la présence de liquide dans les parties déclives, l'atteinte de l'état général, l'élévation de la température, l'impossibilité d'éti-quer d'un nom quelconque cette forme d'occlusion parce qu'elle ne ressemble à rien, sont autant de signes qui joints aux précédents, peuvent guider ici le diagnostic étiologique.

URÉMIE.

Pour l'occlusion urémique, l'âge du malade, l'œdème des malléoles, la bouffissure de la face, l'existence d'un bruit de galop, l'analyse quantitative et qualitative de l'urine (diminution de la quantité et de la densité, albumine, chlorures, urée), le dosage de l'urée dans le sang, la recherche des signes d'intoxication urinaire : troubles digestifs antérieurs, vomissements muqueux, selles glaireuses ou alvines striées de sang, troubles sensitifs, le myosis, le faciès amaigri et le teint cireux traduisant la déchéance viscérale, guident le diagnostic.

HYSTÉRIE.

Enfin, on peut faire le diagnostic d'occlusion hystérique par la recherche des antécédents névropathiques et des sigmates nerveux ; l'existence antérieure de crises analogues et la recherche des conditions qui ont pu déterminer l'iléus : émotion morale.....

PRONOSTIC

Les occlusions fonctionnelles n'ont pas un pronostic fatalement bénin ; si le danger est, en général, moins pressant que dans l'occlusion mécanique, il n'en est pas moins continu et progressif. Trop souvent elles ont donné lieu à une issue fatale. Nous en avons la preuve dans le cas de Lejars où « un homme de 56 ans entré à l'hôpital pour une fracture de cuisse, est pris brusquement, deux jours après, de tous les accidents d'iléus. Les lavements électriques restent sans résultat, l'entérostomie ne donne issue qu'à une quantité minime de gaz et de liquides et le malade succombe au troisième jour. » Un des malades d'Adams succombe à des accidents semblables d'occlusion à la suite d'une fracture de côtes. Chez les malades de Durand-Fardel et de Siredey qui firent de l'occlusion à propos d'une colique hépatique, l'issue fut également fatale. Chez cette dernière, il est regrettable que l'on n'ait pas pratiqué à temps un anus artificiel, au lieu d'avoir recours, à la dernière extrémité, à une laparotomie. Enfin nous pouvons encore citer : de Rauzier, l'iléus paralytique d'un vieillard, le colotyphus de Gaillard et Baufle, l'occlusion post-partum du Dr Schmitt...

Il est reconnu, en effet, que le danger réside soit dans la stercémie résultant de la résorption des matières stagnantes, soit, comme le montrent les expériences de Roger, dans une auto-intoxication par les sucs mêmes de l'intestin lésé. Quoi qu'il en soit du mécanisme de l'empoisonnement, c'est bien lui qui est à craindre et qui commande le traitement.

TRAITEMENT

C'est l'état général du malade et la gravité des accidents qui doivent nous guider dans le choix des moyens de traitement dont nous disposons (entéroclyse, lavement électrique, injections d'hormonal, anus contre nature, laparotomie) ; mais il est bien évident que si le diagnostic de la cause a pu être fait, il joue également un rôle énorme dans la conduite à tenir. Une colique de plomb, par exemple, ne peut avoir aucun bienfait d'une laparotomie, alors que, par contre, la thrombose des vaisseaux mésentériques ne saurait avoir un autre traitement que l'ouverture de l'abdomen et la résection consécutive de l'intestin. Et ceci s'applique également à une foule d'autres cas que nous envisagerons à propos de chacun des modes de traitement.

Traitement médicamenteux. — Le traitement médicamenteux se réduit à fort peu de choses. L'Opium, qui pendant longtemps a tenu une si grande place dans le traitement de l'occlusion, est à l'heure actuelle absolument contre-indiqué : « on n'obtient qu'un calme trompeur, une paralysie intestinale plus sûre et la maladie n'en continue pas moins son cours : » Les injections de morphine restent seules utilisables lors de douleurs intenses.

M. le Professeur Quénu préconise leur emploi dans l'occlusion fonctionnelle par colique hépatique et néphrétique, au début des accidents tout au moins. Il pense que le meilleur

moyen d'éviter ici l'inertie de l'intestin, c'est de combattre dès le début la douleur et de supprimer ainsi l'excès d'excitation nerveuse cause de cette inertie. Aussi conseille-t-il l'emploi des injections sous-cutanées de morphine jusqu'à l'obtention d'une sédation complète. Tout autres, bien entendu, seraient les indications si l'on était appelé tardivement à la phase d'iléus paralytique (*Bulletin médical*, 8 mars 1913).

Quant à la belladone, il semble qu'elle puisse parfois servir de moyen adjuvant, « mais qu'on encourrait une lourde responsabilité en l'employant seule et pendant plusieurs jours et en s'exposant de la sorte à laisser passer l'heure propice à une action plus directe. Ce que nous savons à l'heure actuelle de l'iléus fonctionnel n'autorise nullement à élargir le champ de ces tentatives médicales, et surtout à prolonger la durée de leur application.

L'emploi des purgatifs est généralement contre-indiqué dans l'occlusion. Cependant l'huile de ricin à doses filées produit d'excellents effets dans l'iléus paralytique des vieillards et dans le scatome des enfants, mais souvent il est nécessaire de dissocier auparavant avec le doigt la masse stercorale qui encombre le rectum et de combiner alors l'emploi de l'huile de ricin avec l'entéroclyse.

Entéroclyse. — L'entéroclyse habilement maniée a donné en maintes circonstances d'excellents résultats. Elle consiste à injecter sous une faible pression, par le rectum, le plus haut et le plus lentement possible, une quantité de liquide aseptique et tiède, qui dépasse plusieurs litres (généralement eau bouillie émulsionnée d'huile). C'est surtout dans l'obstruction stercorale que ces grands et profonds lavements sont appelés à rendre des services. Dans l'occlusion par entérite et dans un cas de

paratyphoïde du Dr Chastenet de Gery, l'entérocluse a produit les meilleurs effets.

Lavement électrique. — Le lavement électrique est un des traitements les plus efficaces que nous possédions. Il agit d'autant mieux qu'il est appliqué plus tôt. Nous ne décrirons pas en détail sa technique, que l'on trouve bien exposée dans toutes les publications récentes et dans tous les traités classiques; nous aurons surtout en vue les indications et contre-indications de son emploi et nous essayerons d'établir, parmi les variétés si nombreuses d'iléus, dans quelles limites et jusqu'à quelle date elles restent curables par ce traitement.

Les indications du lavement électrique selon les diverses variétés pathogéniques de l'occlusion ont été magistralement exposées par Lejars au *Congrès de l'Association française pour l'avancement des Sciences*. (Lille 1909) et dans deux articles de la *Semaine médicale* et des *Archives d'électricité expérimentale et clinique*, nous ne pouvons que répéter les grandes lignes de ces publications.

C'est dans l'iléus paralytique des vieillards, dans l'occlusion fonctionnelle des myopathes (Huet et Baudouin), que le lavement électrique a donné les résultats les plus constants et les plus heureux aussi son emploi est-il ici absolument indiqué. Dans les occlusions qui succèdent à des entérocolites, à la dysenterie, à la fièvre typhoïde, le lavement électrique peut donner quelques résultats, mais demande à être manié avec la plus grande prudence. Dans tous les cas où l'appendice est en jeu, toutes les fois qu'il y a de la péritonite non douteuse ou supposée, le lavement électrique est absolument proscrit. Il faut faire exception pour la péritonite tuberculeuse, où les résultats ont été des plus satisfaisants. Enfin, on a obtenu des succès dans l'iléus

post-opératoire, dans l'occlusion reflexe par colique hépatique et dans le saturnisme. Painetvin en rapporte de nombreuses observations. Labadie, Lagrave et Régnier, puis Gaillard et Belin, ont montré qu'il constitue le traitement de choix de la colique de plomb, dans laquelle il triomphe de la constipation opiniâtre en faisant cesser les douleurs et le spasme intestinal.

L'efficacité du lavement électrique n'est généralement pas immédiate, c'est plusieurs heures après que l'effet se produit ; il est même tout à fait exceptionnel qu'un seul lavement suffise, deux ou trois sont souvent nécessaires et, dans certaines circonstances, on est autorisé à multiplier les tentatives ; la débâcle n'ayant été obtenue qu'à sept, huit, neuf lavements, mais, « il ne faut pas se laisser aller à une quiétude injustifiée, remettre à 12 ou 15 heures ou au lendemain la deuxième séance ; au bout de 3 à 4 heures on doit recommencer ». Il ne faut pas oublier que les iléus fonctionnels n'en sont pas moins des iléus graves et que le délai d'application du lavement électrique est forcément limité ; aussi, dès que l'état général du malade tend à s'aggraver, si le faciès devient péritonéal, on n'hésitera pas à intervenir avant que la situation ne soit désespérée.

Hormonal. — Tels sont les résultats fournis par le lavement électrique et ses grandes lignes d'application. Malheureusement, il exige une instrumentation appropriée qui n'est pas à la disposition de tout le monde, et mieux vaut s'en abstenir que de le faire avec un appareil insuffisant. D'ailleurs l'électricité, rencontre dans l'hormon péristaltique un rival dangereux qui présente sur lui l'avantage d'une grande simplicité d'administration. Certes, on a tendance aujourd'hui à délaisser l'hormonal, à la suite des accidents : collapsus, abaissement de la pression, un cas de mort même, chez Jurasy, signalés par Dittler, Mohr et Hesse.

Tel n'est pas l'avis de Zuelzer. « Après environ 12.000 injections sans accidents, il eut successivement quatre cas de collapsus d'ailleurs sans gravité. Il attribua ces accidents à un défaut de préparation et put incriminer comme causes de ces troubles une albumose. Avec les nouveaux produits, privés soigneusement de cette albumose, il put faire des injections de 20 à 40 ^{cm³} sans aucun accident. Il donne quelques observations où la pression avant et après l'injection ne subit que des variations insignifiantes, et conseille vivement l'usage de l'hormonal ainsi rectifié, qui donne d'excellents résultats. »

L'hormonal est livré dans le commerce en flacons ou en ampoules contenant 20 centimètres cubes de liquide que l'on injecte soit dans les muscles, soit dans les veines. La dose employée chez l'adulte est habituellement de 12 à 20 centimètres cubes, mais il ne faut pas être timide, et dans les cas où l'effet se ferait trop attendre, Zuelzer n'hésite pas à faire une seconde injection.

L'injection intra-musculaire et intra-veineuse produit des effets quelque peu différents. Suivant la voie employée, l'action apparaît de façon plus ou moins rapide : au bout de deux à quatre heures en cas d'injection intra-musculaire et après un quart d'heure ou une demi-heure lorsque l'on a eu recours à l'injection intraveineuse. En outre, si l'on tient compte que l'injection intra-musculaire est assez douloureuse et nécessite l'emploi simultané de chlorhydrate d'eucaine (0.25 par ampoule), on comprend que Zuelzer et la majorité des auteurs pratiquent uniquement l'injection intra-veineuse. Elle se fait dans les veines du pli du coude de la manière habituelle. L'injection intra-musculaire se pratique à la partie externe de la fesse au moyen d'une longue aiguille absolument comme les injections mercurielles insolubles.

Les résultats fournis par l'emploi de l'hormonal dans plusieurs variétés d'iléus ont été des plus heureux.

Zuelzer, Borchardt, Henle, Kirscher, Kauert, l'ont employé avec succès dans les paralysies intestinales des péritonites aiguës. Sur six péritonites généralisées citées par Kauert, consécutives presque toutes à l'appendicite, l'hormonal a ramené rapidement le cours des matières dans cinq cas et on n'a enregistré qu'un seul échec. Dans une observation de Henlé « chez une femme mourante de péritonite par perforation de la vésicule biliaire, ce chirurgien tenta la laparotomie avec injection intrapéritonéale d'huile camphrée, en même temps qu'il injecte dans les veines du sérum adrénaliné pour remonter la tension vasculaire et de l'hormonal pour réveiller le fonctionnement de l'intestin. Malgré cette thérapeutique intensive, la malade succombe au bout de quelques heures, mais avant de mourir elle évacue quelques gaz et des matières liquides. L'hormonal a donc exercé son action spécifique sur le péristaltisme même dans ce cas désespéré ».

Il est bien évident qu'en pareil cas l'hormonal ne saurait éviter au malade une intervention, ce médicament ne s'adresse pas à la cause de la péritonite ; mais cette cause supprimée et le péritoine convenablement traité, l'hormonal peut vaincre une paralysie intestinale jusqu'ici trop souvent rebelle et supprimer ainsi un des facteurs de gravité de la plupart des infections péritonéales : la stercorémie par atonie intestinale.

A côté de ces cas, il faut ranger les occlusions post-opératoires. Sur six malades, Henle a eu six succès. Zuelzer, Denks, Heussner, Quadroni en ont enregistré de semblables. Prat rapporte une nouvelle observation à la *Société de Médecine de Nice*.

Lenormant préconise aussi l'emploi de l'hormonal toutes les

fois qu'une paralysie intestinale réflexe a tendance à s'installer; contusions du thorax et du rachis; coliques néphrétiques et hépatiques. Quadroni a obtenu un succès dans un iléus réflexe par calcul du rein. Enfin, disons qu'on a obtenu d'heureux résultats dans l'obstruction stercorale, comme dans un cas de Zuelzer et deux cas de Matchle et dans la colique de plomb. Bernal rapporte un beau succès de Matchle, Bion dans sa thèse en cite plusieurs observations.

Mais il ne faut pas ici encore perdre de vue l'état général du malade et laisser passer le moment propice à une intervention. D'ailleurs, l'emploi de l'hormonal peut être un adjuvant précieux du traitement chirurgical et amener l'évacuation de l'intestin une fois l'anús établi.

Entérostomie (Opération de Nélaton)

Dans l'occlusion fonctionnelle, dès que la stercorémie devient menaçante, il faut sans hésiter recourir à l'entérostomie, c'est la méthode d'élection: elle crée une dérivation temporaire, une voie d'attente qui plus tard se ferme seule ou se fermera par une intervention des plus simples et permet de sauver beaucoup de malades. La simplicité de son exécution qui consiste après anesthésie locale à pratiquer dans la fosse iliaque droite une petite incision par laquelle on fixe et on abouche à la peau le cœcum s'il est dilaté ou si le cœcum est vide, la première anse intestinale distendue qui se présente évite au malade tout choc opératoire; aussi permet-elle d'intervenir sans danger, chez des sujets déjà anéantis ou présentant une dégénérescence viscérale. Dans l'occlusion urémique, par exemple, alors que la laparotomie et l'emploi du chloroforme qu'elle nécessite sont absolu-

ment contre-indiqués, l'entérostomie au contraire pourrait être d'un secours précieux et devrait être employée le cas échéant. Il en est de même dans l'iléus paralytique au cours de la fièvre typhoïde et dans l'occlusion fonctionnelle qui complique parfois les péritonites et aggrave leur pronostic.

Laparotomie

La laparotomie se pratique dans deux cas : à la suite d'une erreur de diagnostic et dans certains iléus secondaires ; elle permet alors de découvrir la lésion causale et de la traiter (péritonites aiguës, thrombose des vaisseaux mésentériques, calcul biliaire enclavé dans un spasme de l'intestin..., etc.)

Ces faits mis à part, la laparotomie ne saurait être le traitement de choix de l'occlusion fonctionnelle. Mais, ce qu'il faut bien mettre en évidence, c'est qu'une fois l'abdomen ouvert, si on ne trouve aucun obstacle, aucune lésion, il est prudent d'attirer à l'extérieur une anse intestinale sur laquelle on fait ou on pourra faire ultérieurement une entérostomie. Ceci est beaucoup plus sage que de refermer le ventre purement et simplement.

OBSERVATIONS

Pour classer nos observations, nous adoptons l'ordre déjà employé dans le chapitre d'étiologie. Nous en avons réuni un bon nombre d'inédites, nous en ajoutons quelques autres ; mais en raison du nombre considérable d'observations qu'il eut fallu citer nous n'en rapportons pas pour chaque cas.

I. Maladies ou lésions abdominales atteignant

A. — L'intestin

Observation I (INÉDITE)

*Iléus paralytique chez un vieillard ; par le Dr Léon SOURDILLE,
chirurgien des Hôpitaux de Nantes*

Le 6 mars 1912, entre d'urgence à l'Hôtel-Dieu, salle 11. M. M., cultivateur, âgé de 69 ans, pour une occlusion intestinale datant de cinq jours.

Le samedi, 2 mars, à 5 heures du soir le malade avait dû s'aliter en proie à de violentes douleurs abdominales. Depuis plusieurs jours, il éprouvait quelques vagues douleurs, mais jusque-là il n'avait pas été obligé d'interrompre son travail. En outre, depuis plusieurs semaines, il allait difficilement à la selle tous les 2 ou 3

jours seulement. On ne note dans les antécédents ni hémorrhagie intestinale, ni mœléna. Les matières n'ont jamais été rubannées ni déformées. Enfin, depuis assez longtemps, à la suite des repas, il avait le ventre ballonné et était très gêné par des éructations.

Le 2 mars, il n'est pas allé à la selle, mais il a rendu quelques gaz. La nuit suivante, il a beaucoup souffert ; il s'applique sur le ventre, sans résultat, des catasplâmes très chauds.

Dimanche 3 mars. Les douleurs sont toujours aussi violentes, le ballonnement du ventre augmente. Ni selles, ni gaz ; il a continuellement envie de vomir.

4 et 5 mars. — Le malade est toujours dans le même état. Il prend sans résultat un lavement chaque jour.

6 mars. — Le malade prend encore un lavement inutilement et envoie chercher un médecin qui lui ordonne 30 gr. de sulfate de soude. Il vomit la purgation et, dans la journée, a plusieurs vomissements bilieux. Il se décide à venir à l'Hôtel-Dieu.

Antécédents. — Varioloïde en 1870, perte accidentelle de l'œil gauche en 1875.

À son entrée, je vois le malade, dont l'état général est assez précaire, le ventre est très distendu, à sonorité tympanique, le faciès est tiré, le pouls bat à 100 environ, la température est normale. Le malade vomit devant moi des matières noirâtres, à odeur quelque peu fécaloïde ; ni selle, ni gaz. Le toucher rectal ne révèle aucune anomalie. Je décide d'intervenir immédiatement.

Après laparotomie sous chloroforme, les anses intestinales font issue immédiatement. Elles sont très distendues et d'une coloration vineuse. Plongeant la main dans la cavité abdominale, je cherche un obstacle quelconque sans en découvrir ; je pratique alors l'éviscération et peux ainsi me rendre compte que l'intestin est distendu également depuis le pylore jusqu'à l'union du côlon au rectum. Je fais pratiquer par un assistant un nouveau toucher rectal et peux m'assurer définitivement qu'il n'existe aucun obstacle à ce niveau. Dans cette condition,

je décide de réintégrer l'intestin dans l'abdomen ; mais je rencontre des difficultés insurmontables par suite de la distension intestinale. Je pratique aussitôt une entérotomie d'un centimètre environ sur le bord de l'iléon et, après avoir préservé mon champ opératoire contre toute contamination, je vide très facilement tout l'intestin de ses gaz et de son contenu liquide abondant et nauséabond. Après un moment d'hésitation où je pense faire l'entérotomie de Nélaton, je pratique la fermeture de l'intestin par sutures à la Lambert et termine mon opération en refermant le ventre sans drainage après réintégration, cette fois très facile, de l'intestin. Le malade est remonté à la salle et je lui fais placer immédiatement une longue sonde rectale et ordonne pour le lendemain une nouvelle purgation d'huile de ricin à doses filées. Mais, de très bon matin, avant la prise même de la purgation, le malade qui avait passé une assez bonne nuit a une débâcle diarrhéique qui se répète à la suite de l'absorption de l'huile de ricin.

L'amélioration fut, dès lors, très rapide, et un mois jour pour jour, après son entrée, le malade s'en allait complètement remis, n'ayant présenté qu'un peu de suppuration passagère au niveau d'un crin de florence.

Revu en novembre 1912, le malade était en parfaite santé.

Observation II

Observation d'un malade qui, après avoir présenté des symptômes paraissant devoir être rapportés à un étranglement interne, a guéri après l'expulsion par l'anus d'une grande quantité de mucosités intestinales, par GUYOT, in Bull et mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1868.

Le 3 février 1868, je suis appelé auprès d'un ami qui, souffrant

depuis la veille d'un mal de gorge, a pris le matin 30 gr. d'huile de ricin, et qui me fait demander parce qu'il s'est aperçu que ses amygdales étaient recouvertes d'une pellicule blanchâtre. Je reconnais une angine couenneuse commune avec fièvre, céphalalgie, courbature, tuméfaction légère des ganglions sous-maxillaires. Gargarisme vinaigré, sirop de groseilles, bouillon, sinapisme aux mollets.

4. — L'état est le même. Difficulté plus grande à avaler ; nuit très agitée et sans sommeil. La pellicule blanche s'est étendue au palais et au pharynx.

L'huile de ricin a produit six selles, sans vives coliques. Même prescription. Narceine, 0,02.

5. — La nuit a été très agitée, et la narcéine n'a produit ni calme ni sommeil. Même difficulté dans la déglutition, soif très vive. Je permets de sucer des quartiers d'orange. Narcéine 0,04.

6. — La fièvre a disparu. La langue est pâteuse, anorexie, soif. La nuit a été agitée, sans sommeil. Le malade a sucé trois oranges. Je défends les oranges dans la crainte d'entretenir l'anorexie. Permission de se lever. Potages.

7. — Hier soir, à neuf heures et demie, douleurs assez vives dans le ventre. A onze heures, intensité extrême des douleurs abdominales, à tel point que le malade a passé une partie de la nuit à se tordre. Il souffrait tellement ce matin qu'il a fait prier M. Désormeaux, alors en train de faire sa visite au collège Louis-le-Grand, de vouloir bien venir le voir. M. Désormeaux a prescrit des applications d'huile de camomille qui ont soulagé le malade.

A dix heures et demie, je trouve mon ami dans l'état suivant : figure anxieuse, pas de fièvre, pouls à 80, plein, langue saburrale, rapports gazeux par la bouche très fréquents ; ballonnement uniforme du ventre, pression douloureuse, sans qu'il me soit possible de trouver un point très sensible ; pas de tumeur. La région hépatique n'offre ni tuméfaction, ni douleur au niveau de la vésicule biliaire. Les douleurs sont cependant un peu plus marquées, à ce qu'il

me semble. au niveau de l'ombilic. dans la région épigastrique et dans le flanc gauche.

Depuis lundi, le malade n'a pas été à la selle, et depuis hier soir il n'a pas rendu de gaz par l'anus.

Mon ami n'a jamais eu d'affection intestinale, et il va habituellement à la selle deux fois par jour, ne restant aux lieux que quelques instants. Urine rouge peu abondante.

Deux cuillerées à bouche de magnésie dans un demi verre d'eau. Un grand bain. Une infusion de camomille.

Mon diagnostic est : entéralgie due peut-être à l'ingestion des oranges ; mais je crains un étranglement.

Quatre heures. L'état est le même. Le bain a produit un peu de soulagement. L'ingestion de la camomille a provoqué des envies de vomir. L'abdomen est uniformément distendu, les nausées et les rapports sont incessants, les douleurs ont la même intensité et ont gagné la région lombo-dorsale.

Lavement. Un nouveau bain. Boissons glacées au choix du malade.

Urine rare, mais l'émission n'est pas douloureuse.

8. — Le lavement n'a provoqué ni selle, ni émission gazeuse. La nuit a été très mauvaise. Rapports incessants, douleurs très vives. Pas de fièvre. La langue recouverte d'un enduit fort épais, humide. Ballonnement plus considérable du ventre, mais il est impossible, à l'aide du palper ou à la percussion, de trouver un point faisant saillie, recherche sur laquelle M. Besnier insiste dans son mémoire sur l'étranglement interne.

Douleurs spontanées et à la pression, peut-être plus intenses à la région lombaire. La figure tend à se gripper.

Bain prolongé. Charbon de Belloc. Lavement avec 20 gr. de sulfate de soude. Maintenir sur l'abdomen des compresses trempées dans une décoction chaude de feuilles de jusquiame et de belladone, recouvertes de taffetas gommé.

Midi. — Même état. Lavement rendu sans matière fécale et sans gaz. Soulagement par les compresses et le bain. Lavement.

Cinq heures. — Le ballonnement est plus considérable, anxiété plus grande, face plus grippée. Emission gazeuse par la bouche à chaque instant. Envies de vomir après l'ingestion des boissons. Pas de selles ni de gaz par l'anus.

Prendre deux verres d'eau de Birmenstoll. Lavement avec 30 gr. de miel de mercuriale.

Dix heures. — Peu d'instants après l'ingestion du second verre sont survenus des vomissements avec très grande anxiété et coliques atroces. Ces douleurs ont duré environ une demi heure, puis il y a eu par l'anus émission de gaz et de matières fécales délayées en petite quantité. Le lavement pris alors a amené le rejet de matières fécales délayées, dans lesquelles il est possible de retrouver quelques peaux de pruneaux mangés la veille.

Au moment de ma visite, le malade est dans un bain. Les coliques ont disparu, le ventre est souple, non ballonné. Barborygmes nombreux. Rapports beaucoup moins fréquents, émissions gazeuses par l'anus en très grande abondance.

9. — Pour la première fois le malade a dormi, la nuit a été bonne. Figure calme. Ventre souple. Langue blanche, humide. Emissions gazeuses par la bouche moins fréquentes. Pruneaux mangés la veille. Pas de douleurs.

Bain. Potages et, s'il y a de l'appétit, un peu de viande.

Cinq heures. — L'aspect du malade est moins satisfaisant, ce que j'attribue à ce qu'il reste levé trop longtemps. Le ventre est souple mais un peu ballonné. Langue blanche, humide. Pas de douleurs. Selle dans la matinée, dans laquelle je trouve des enveloppes de raisin mangé le 7. Peu de rapports.

10. — Nuit mauvaise. A partir de dix heures hier soir, retour des douleurs qui ont bientôt acquis une grande intensité. Ce matin, la figure est altérée, le nez un peu grippé, le ventre très ballonné

d'une façon uniforme, sans bosselures. Douleurs des reins très fortes. Rapports incessants et nausées. Suppression des gaz par l'anus. Langue saburrale, soif vive. Pouls plein, à 80.

Le malade, qui habite le collège Louis-le-Grand, a fait, avant mon arrivée, prier M. Vigla de vouloir bien se réunir à moi.

J'avais, malgré les craintes d'un étranglement dans la journée du 9, jusqu'alors espéré que mon ami avait eu une entéralgie accompagnée d'une paresse de l'intestin.

M. Vigla n'hésite pas à se prononcer pour un étranglement sans pouvoir préciser la nature de l'obstacle, et j'avoue que ce diagnostic s'était imposé à moi dès que j'avais examiné le malade. Cependant les enveloppes de raisin rendues la veille me faisaient espérer qu'il n'y avait pas un obstacle infranchissable, quoiqu'il n'y eût pas émission de gaz.

Calomel..... 0,60

Charbon..... 0,60

- Poudre de noix vomique..... 0,10

Divisez en six paquets.

Un paquet d'heure en heure. Un bain. Un lavement.

Midi. — Soulagement dans le bain, mais, en ce moment, les douleurs sont aussi fortes que ce matin et le ballonnement est le même. Barborygmes fréquents, sans émission gazeuse par l'anus. Nausées, rapports inodores sans matière, soif ardente. Le malade croit remarquer que l'urine n'est pas en rapport avec les boissons prises.

Charbon. Lavement avec 30 gr. de miel de mercuriale.

Cinq heures. — Lavement rendu sans gaz, sans matières. Le malade a pris un peu de bouillon sans avoir envie de vomir. Nausées. Etat moral excellent, quoique le malade se rende parfaitement compte du danger redouté par les médecins. Bain. Glace.

Onze heures. — Le bain a soulagé le malade, qui y a rendu des vents en grande quantité. Moins de ballonnement.

11 février. — La nuit a été moins agitée. Le ventre est relativement

souple, moins de tension, moins de coliques. Barborygmes. Rapports fréquents. Le malade a rendu par l'anus une mucosité sanguinolente. Enduit suburral peu épais. Pouls 80. Peau fraîche.

Le malade est fort tranquille et reste convaincu qu'il n'a pas d'étranglement. D'ailleurs, il paraît probable à M. Vigla et à moi, qu'en effet, il n'y a rien de semblable. Mais qu'y a-t-il ?

J'avais proposé hier à M. Vigla de donner à mon ami du café noir, car j'avais eu, en octobre 1866, un succès fort remarquable, alors que je remplaçais M. Laségue à l'hôpital Necker, mais mon savant collègue est d'avis de persister dans les mêmes moyens.

A cinq heures je trouve de nouveau du ballonnement et j'apprends que le bain a soulagé le malade, mais qu'il n'a pas rendu de vents en aussi grande abondance. Toutefois, il y a de temps à autre émission de vents à la suite de légères coliques.

Lavement avec 30 gr. de miel de mercuriale.

Dix heures. — Le lavement a été rendu sans matières, mais à huit heures le malade a senti le besoin d'aller à la selle et a rendu une masse de mucosités semblables à celles que je vous présente. Ces concrétions muqueuses se sont de suite dissociées dans l'urne et elles se montrent, les unes sous la forme de fausses membranes ténues, les autres sous la forme de lombrics qui auraient macéré.

Le ventre est souple, pas de ballonnement. Le malade demande à manger.

12. — La nuit a été excellente. Pas la plus petite colique. Pas de nausées. Rapports moins fréquents. Langue blanche. Un bain. Potages.

A trois heures, selle très abondante de matières molles, sans la moindre colique.

L'état a été chaque jour en s'améliorant et, le 16, le malade ne se ressentait plus que d'un peu de faiblesses. Les digestions sont excellentes.

Observation III (INÉDITE)

Occlusion fonctionnelle dans une entérite aiguë, par le
Dr CHASTENET DE GÉRY, chirurgien des Hôpitaux de Nantes

Le nommé P. Louis, âgé de 55 ans, marchand de poissons, entre à l'Hôtel-Dieu de Nantes le 3 avril 1911, avec le diagnostic d'occlusion intestinale.

Le 31 juillet, il a ressenti quelques coliques. Le 1^{er} août, il prend une tasse de thé purgatif qui provoque une selle peu abondante et il essaie de travailler ; mais les souffrances deviennent très vives, le ventre se ballonne, les vomissements apparaissent. L'état s'aggrave le 2 août. le ventre est de plus en plus tendu et douloureux : les vomissements continuent ; aucune évacuation intestinale. Un médecin appelé diagnostique une occlusion et envoie le malade à l'Hôpital.

Je l'examine le 3 août à la visite du matin. Le ventre, très ballonné et dur, est le siège de coliques violentes. La palpation est partout douloureuse, mais particulièrement dans la région sus-ombilicale. La percussion donne un son tympanique uniforme. Il y a eu le matin même des vomissements bilieux. Mais le faciès ne paraît nullement altéré, la température est à 37° et le pouls d'excellente qualité bat à 96.

Il n'y a rien dans les antécédents héréditaires ou personnels du malade qu'il soit intéressant de noter. Sa santé a toujours été bonne, malgré quelques excès alcooliques avoués. Il n'a jamais eu de troubles abdominaux analogues à ceux qu'il présente actuellement ; ses selles sont toujours régulières. Pas de constipation ni de diarrhée ; il aurait eu, cependant, à deux ou trois reprises, quelques filets de sang dans ses matières, ce qui a pu avoir été causé tout simplement par des hémorroïdes.

Le diagnostic d'occlusion intestinale paraît évidemment très raisonnable. Mais il y a une discordance frappante entre l'état général, assez

bon en somme, et son étal local qui, envisagé seul, serait évidemment très inquiétant. Les douleurs, en particulier, sont tellement fortes qu'on comprendrait mal, si elles étaient dues à une occlusion vraie, que le pouls et le faciès restent aussi satisfaisants. Je pense, en présence de ce cas, à certaines formes d'entérites aiguës peu ou non décrites dans les traités, mais dont j'ai observé quelques exemples et qui présentaient comme caractères, tout au moins pendant quelques jours au début, des coliques diffuses extrêmement vives, une constipation tout à fait opiniâtre et une fièvre légère, puis l'évacuation de selles fétides.

Je fais donc tenir le malade en observation pour être prêt à opérer si cela devenait nécessaire et je prescris un grand lavement d'un litre avec un mélange d'eau et d'huile d'olives émulsionnée. Ce premier lavement ne donne aucun résultat; le soir, la température monte à 37°6, le pouls, à 100. Deux lavements huileux le lendemain amènent une petite évacuation de matières très mal odorantes. La température ne monte le soir qu'à 37°4, le pouls reste à 90. Le même traitement est continué les jours suivants et avec un très heureux effet. Les selles, encore fétides, sont de plus en plus faciles et abondantes. Le ballonnement abdominal diminue et disparaît, les douleurs également; la température est normale. Je prescris finalement une purge à l'huile de ricin qui complète parfaitement le nettoyage de l'intestin. Le ventre reste un peu sensible à la palpation pendant quelques jours, puis le malade sort parfaitement guéri le 14 août.

On pourrait se demander si cette crise douloureuse n'a pas été le fait d'un cancer au début et latent de l'intestin. Mais le malade a été revu en juillet 1912, un an, par conséquent, après les troubles dont il s'agit; il était très bien portant et n'avait jamais plus souffert du ventre depuis sa sortie de l'Hôpital.

Observation IV (INÉDITE)

Iléus fonctionnel au début d'une fièvre paratyphoïde, par le
Dr CHASTENET DE GÉRY, chirurgien des Hôpitaux de Nantes.

Julien D..., âgé de 40 ans, maçon à Saint-Même (Vendée), est amené d'urgence à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 9 août 1911, à 8 heures du soir, en automobile, pour subir l'opération immédiate que nécessite, semble-t-il, l'affection abdominale grave : occlusion ou peut-être péritonite, dit son médecin, dont il est atteint.

J'examine le malade quelques instants plus tard, comme chirurgien de garde et en présence du confrère qui l'a soigné. Voici l'histoire qu'on me raconte :

Cet homme n'est souffrant que depuis hier matin; il s'était levé très bien portant et venait de faire, à bicyclette, les douze kilomètres qui séparent son logis du chantier où il travaille, quand il fut pris d'une douleur soudaine et très violente dans la région épigastrique puis, peu après, de fortes coliques et de vomissements. Il faut noter qu'il avait eu deux selles dès le début de la matinée. On le ramène aussitôt chez lui. Son médecin, qui le vit dans la soirée, constata qu'il avait le ventre très ballonné et très douloureux à la palpation, surtout au niveau du creux épigastrique; que la température était à 38°2 et prescrivit pour le lendemain matin une forte dose d'huile de ricin, à prendre par fractions.

Cette purge n'ayant eu aucun effet, les douleurs devenant beaucoup plus vives, le ballonnement plus accentué, on nous amène le malade.

Celui-ci est un gros homme, d'apparence robuste, qui semble pour l'instant déprimé et abattu, mais ne présente pas à vrai dire le facies grippé caractéristique; la température est à 37°5, le pouls, bat à 94 avec régularité et avec une tension suffisante. Le ventre est

gros et météorisé, il est le siège de coliques très vives, mais diffuses, et la douleur que détermine la palpation n'est pas davantage localisée. La contracture pariétale est presque nulle.

Le malade croit avoir rendu quelques gaz depuis la dernière selle qui remonte à trente-six heures.

Le diagnostic n'est pas très simple. Les deux hypothèses d'occlusion et de péritonite se présentent d'abord à l'esprit : la dernière ayant surtout pour elle un début violent et brutal qui n'appartient guère qu'aux perforations du tube digestif : estomac, duodénum ou appendice, et l'élévation légère de la température. Mais l'état général est en somme peu inquiétant et, dès ce moment, j'ai l'idée, qu'il s'agit d'une occlusion fonctionnelle déterminée par une entérite, comme dans un cas que j'ai eu, peu de temps avant, l'occasion d'observer. Aussi je décide de surseoir à toute intervention.

Une entéroclyse avec deux litres d'un mélange d'eau et d'huile d'olives émulsionnée n'a aucune action immédiate, mais dans la nuit, le malade a, par deux fois, de toutes petites évacuations intestinales et le lendemain matin, bien que les douleurs persistent, son état ne s'est nullement aggravé : la température est à 36°8, le pouls à 94.

A 2 heures et à 5 heures, ce jour-là, on administre deux grands lavements huileux analogues à celui de la veille. Le premier est rendu presque aussitôt ; le second porté plus haut dans l'intestin, à l'aide d'une très longue sonde, est conservé et deux heures plus tard l'intestin commence à se vider. La température est élevée à 38°4 et le pouls à 102. Le malade va une dizaine de fois à la selle dans la nuit et rend une quantité considérable de matières molles et liquides sans aucune scybale.

Le 11 août, le matin, température 37, pouls 88. Le ventre est moins ballonné, mais toujours douloureux. Le malade est maintenant rigoureusement à la diète hydrique.

Le soir, température 37°8, pouls à 100.

Le 12 août. — Le matin, température 37°4 ; le ventre reste un peu météorisé et sensible. La persistance de la température et des douleurs abdominales, puis le faciès du malade, son hébétude et sa torpeur me donnent à penser qu'il est peut-être atteint d'une fièvre typhoïde ou paratyphoïde, quelque peu anormale. Mon ami Fortineau, chef des Travaux de bactériologie fait le séro-diagnostic, qui est négatif, avec le bacille d'Eberth et avec le bacille de Bryon A, mais positif avec le Schottmuller B au 1/50^e.

Le malade a donc une fièvre paratyphoïde. Il habite d'ailleurs une région de la Vendée où cette affection est endémique. Les symptômes de la maladie se complètent. La température persiste jusqu'au 19, elle dépasse tous les soirs 38°, montant parfois à 38°6, et redescendant le matin à 37°2, jusqu'au 17. La défervescence se fait en 2 jours. La guérison est rapide ; le 24 août le malade, qui commence à s'alimenter et se trouve tout à fait bien, demande à quitter le service.

Observation V

Colotyphus et iléus paralytique par GAILLARD et BAUFLE, in Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1911

G..., charron, 42 ans, de constitution vigoureuse, sans antécédents pathologiques, est admis à Lariboisière, salle Bazin, le 6 janvier 1911. Il souffrait depuis une semaine de céphalée, de courbature, de lassitude générale avec fièvre, et avait dû s'aliter. A son entrée à l'hôpital, il se plaint surtout de troubles digestifs : la langue est sèche, rôtie, l'appétit nul, la constipation opiniâtre, le ventre ballonné ; la palpation détermine de la douleur et du gargouillement dans la fosse iliaque droite. Il existe des taches rosées lenticulaires assez nombreuses ; la matité splénique est un peu augmentée. On trouve aussi quelques râles de bronchite disséminés. La température atteint 40°8 le soir ; le

pouls mou, dicrote, varie entre 90 et 100. La quantité d'urine émise ne dépasse pas un litre ; pas d'albumine.

C'est le tableau classique d'une dothientérie à la période d'état : 9^e jour probablement. Bains toutes les 3 heures, 1 gr. sulfate de quinine.

Les jours suivants (du 7 au 11 janvier), la température se maintient en plateau aux environs de 39°,5, la pression artérielle est faible, les bruits du cœur sont assourdis. Mais l'attention est surtout attirée par le météorisme et la constipation, le malade ne va que sous l'influence de lavements ; les matières fécales très peu abondantes, liquides, sont extrêmement fétides.

Le 12 janvier (15^e jour), la température baisse brusquement à 37°6, peut-être sous l'influence de la quinine. Cette chute thermique n'est assurément pas due à une hémorrhagie intestinale ; pendant toute la durée de notre observation, nous avons recherché en vain le melœna.

D'ailleurs, le 13 au soir, la température atteint de nouveau 39°8 et se maintient au voisinage de 39 degrés pendant deux jours. Le météorisme et la constipation persistent.

Le 16 janvier (38° et 38° 8), le malade accuse une douleur modérée dans le membre inférieur gauche, et on constate un léger œdème cyanotique, surtout au niveau de la cuisse. Cependant l'état général assez satisfaisant, la prostration moins marquée, la défervescence en lysis, tout semble annoncer la convalescence.

Le 20 janvier 37° le matin, le pouls reste régulier, bien frappé. La langue toujours saburrale. Euphorie.

Mais dans l'après-midi, l'allure clinique change rapidement, les météorismes augmentent ; la constipation résiste aux lavements simples et purgatifs, l'arrêt des matières et des gaz est absolu. Après avoir discuté et repoussé l'intervention chirurgicale, nous prescrivons un lavement électrique qui est administré à 4 heures de l'après-midi, d'ailleurs sans résultat. Dans la soirée surviennent des vomissements d'abord muqueux, peu abondants, puis verdâtres, ils se répètent

plusieurs fois pendant la nuit et ont alors l'aspect de vomissements fécaloïdes. Potion de Rivière, glace, injection sous-cutanée de sérum physiologique.

Le 21 janvier 37° 8, le malade est très abattu, délirant, il ne semble pas souffrir et vomit moins que dans la nuit. Le météorisme est aussi marqué. La constipation toujours absolue. Le pouls devient rapide, filiforme, malgré deux injections de 500 centimètres cubes de sérum artificiel et des injections de spatéine et d'huile camphrée ; le faciès se grippe, la dyspnée modérée les jours précédents s'accroît ; la température s'élève (32° 2 à 5 heures du soir), le malade meurt dans la soirée.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de la cavité abdominale, le gros intestin très distendu fait hernie par l'incision et masque complètement les anses grêles ; la dilatation commence au niveau du cœcum, atteint son maximum sur les colons ascendant, transverse et descendant, et s'étend jusqu'à l'S iliaque ; à ce niveau l'intestin reprend ses dimensions normales ou plutôt il est contracté et bien différent des segments sus-jacents dont les parois sont très amincies.

Il n'y a ni pus, ni matières fécales dans la cavité péritonéale, mais le colon transverse, surtout au niveau de l'angle splénique, est recouvert d'un exsudat jaunâtre ; des adhérences assez résistantes le fixent au pôle inférieur et à la face interne de la rate ; celle-ci présente en ce point un foyer purulent gros comme une petite mandarine. Après avoir évacué par ponction les gaz du gros intestin, on découvre l'intestin grêle, dont l'aspect extérieur est normal. On ne constate nulle part de perforation. Seulement les parois du gros intestin sont tellement minces qu'elles se déchirent en plusieurs points sous l'influence des tractions.

L'ouverture de l'intestin montre de légères altérations au niveau de la partie terminale de l'iléon ; les plaques de Payer, un peu déprimées, présentent l'aspect classique de barbe rasée. Le gros intestin est par contre profondément altéré, il renferme une grande quantité

de matières fécales jaune-clair, liquides horriblement fétides ; mais le fait dominant est l'existence de très nombreuses ulcérations. Ces ulcérations n'intéressent pas l'appendice qui semble normal. Assez discrètes, disséminées sur le cœcum, elles deviennent plus nombreuses et profondes au niveau du colon ascendant ; quelques-unes ont un aspect cratériforme. A l'angle splénique du colon existe un vaste foyer nécrotique dont le diamètre dépasse celui d'une pièce de 5 francs ; ses limites sont irrégulières, déchiquetées, son fond tomenteux et par places, l'amincissement de la paroi est tel que la perforation semble imminente. Sur le colon descendant, on ne trouve que de rares ulcérations, peu profondes, entourées d'une zone ecchymotique ; elles manquent tout à fait sur l'S iliaque, au point où cesse le météorisme. L'examen minutieux de ce segment nous montre qu'il n'y a ni obstruction mécanique, ni stenose d'origine pariétale, ni étranglement d'origine externe.

Les autres organes ne présentent pas d'altérations dignes d'être notées, le foie et le pancréas ont un aspect extérieur normal ; les poumons sont congestionnés ; le cœur est mou, de teinte feuille morte.

Observation VI (INÉDITE)

Atonie intestinale complète au cours d'une fièvre typhoïde. Mort au dixième jour, par le Dr SÉBILLEAU, médecin des Hôpitaux de Nantes.

Au mois de novembre 1910, je suis appelé auprès de M. X..., 32 ans. Depuis sept à huit jours, il présente un peu de céphalée, il manque d'appétit et se sent très las. Le jour où il me fait demander, la température est subitement montée à 40°. A l'examen, la langue est blanche et saburrale sur la partie médiane, rouge à la pointe. L'abdomen paraît normal, pas de douleur dans la fosse iliaque, pas de gargouillements, rate légèrement augmentée de volume ; rien aux pou-

mons, rien au cœur, le malade est plutôt agité que prostré. Le faciès est légèrement vultueux.

Dans les trois jours qui suivent, les signes d'une fièvre typhoïde typique se précisent : l'abdomen se ballonne légèrement, la douleur apparaît au niveau de la fosse iliaque droite, ainsi que le gargouillement à la palpation. La rate s'hypertrophie et peut se percuter sur une largeur de cinq bons travers de doigts. Les selles prennent nettement le caractère typhique, et le malade, d'agité qu'il était le premier jour, devint abattu et prostré. M. le Dr O'Neil, appelé avec moi en consultation, ne peut que confirmer le diagnostic de dothiéntérie ; le traitement prescrit consiste en lotions données toutes les trois heures, jour et nuit : purgations quotidiennes : un verre à Bordeaux d'eau de Carabana. cinquante centigrammes de sulfate de quinine le soir. La fièvre oscille entre 39°5 et 40° le soir ; le cœur se maintient normal.

Le cinquième jour, nous sommes un peu inquiets de constater que le ventre se ballonne davantage. Ce symptôme va de pair avec une légère constipation ; la température se maintient la même que les jours précédents, mais le pouls monte au-dessus de 100 pulsations. Nous prescrivons une purgation d'huile de ricin (15 gr.).

Les sixième, septième jours, le ventre devient plus tendu, plus dur. A la percussion, le tympanisme est intense, pendant ces deux jours la constipation est complète, malgré les diverses tentatives de traitement que nous faisons pour le combattre (grands lavages intestinaux avec des infusions de camomille, huile de ricin à doses filées, etc., etc.) ; elle persiste opiniâtre. Le faciès du malade est cependant bon, mais le pouls commence à devenir petit, fréquent, (120 pulsations). Quelques taches rosées apparaissent très peu nombreuses. Nous prélevons du sang pour faire le séro diagnostique qui est franchement positif.

Le huitième et le neuvième jour, l'état empire. Le pouls devient de plus en plus petit malgré les injections réitérées d'huile camph-

rée. Le ventre est de plus en plus tendu et ballonné; depuis quatre jours le malade n'est pas allé à la selle et le dixième jour, au matin, il meurt dans une syncope.

Observation VII

Tuberculose intestinale à évolution torpide et latente. LEJARS (In Bull. et mém. de la Soc. Chir. de Paris, 1897)

Il s'agit d'un homme d'une quarantaine d'années, pâle et d'aspect assez précaire, qui était entré, quelques semaines auparavant, dans le service du Dr Rendu, pour des accidents abdominaux assez mal caractérisés; de fait le ventre était constamment ballonné, de consistance uniforme sur toute sa surface et sans aucune zone douloureuse; de temps en temps survenaient des coliques, quelques vomissements, puis tout rentrait dans le même état; l'appétit était nul, il y avait des sueurs nocturnes, un amaigrissement assez notable; bref, on pensait à l'évolution d'une tuberculose péritonéale.

Quand M. le Dr Rendu me fit l'honneur de me montrer le malade, les accidents s'étaient compliqués d'une constipation opiniâtre, qui durait depuis dix jours; c'était un arrêt stercoral complet, il n'y avait eu, depuis cette date, ni selles, ni émissions gazeuses, et le patient était très affirmatif sur ce dernier point. Il vomissait tout ce qu'il prenait depuis trois jours, et ces vomissements, qui se répétaient, sans avoir un caractère nettement fécaloïde, étaient pourtant devenus noirâtres et très fétides. Le pouls était petit, fréquent, les extrémités un peu froides, le faciès tiré de très mauvais augure. On avait tout mis en œuvre, électricité comprise, pour venir à bout de cette occlusion, qui s'était présentée d'abord avec des allures lentes et chroniques; aucun résultat n'avait été obtenu et il devenait absolument urgent de recourir sans retard à une intervention pour

prévenir une issue trop facile à prévoir : c'était l'avis de M. Rendu, comme le mien.

J'opérai le malade dans l'après-midi ; il me paraissait si compromis que j'eus d'abord la pensée de me borner à faire, au plus vite, une entérostomie de Nélaton. Pourtant, le chloroforme étant assez bien supporté, je me décidai à pratiquer la laparotomie. Une fois le ventre ouvert dans la région sous-ombilicale, il s'échappa une notable quantité d'un liquide séreux, et l'intestin grêle distendu, mais de coloration presque normale, vint faire hernie à l'extérieur ; on le maintint sous des compresses aseptiques chaudes. Je commençai alors à explorer le trajet intestinal sur toute sa longueur, à partir du cœcum ; je ne rencontrai nulle part d'agent d'étranglement, aucun segment n'était affaissé, il n'y avait ni torsion, ni brides, ni adhérences, ni semis nodulaire, ni ganglions mésentériques volumineux : aucun signe, en un mot, d'occlusion mécanique, ni de péritonite tuberculeuse. Le gros intestin était distendu, comme le grêle, mais on ne sentait, en aucun point, de masses dures, ni d'accumulations stercorales formant tumeur. Je dus conclure qu'il n'y avait pas d'obstacle matériel, mais je ne crus pas de bonne pratique de refermer le ventre purement et simplement. J'attirai donc la paroi antérieure du cœcum entre les lèvres de la plaie à son extrémité inférieure, et je pratiquai un anus contre nature étroit, une cœcostomie, si l'on veut. Il donna passage à une abondante quantité de gaz et de matières liquides, et cette large évacuation se poursuivit toute la nuit et toute la journée suivante.

L'état général s'était notablement amélioré. Au deuxième jour, le malade eut une selle, suivie d'une seconde, puis d'une troisième très copieuse. Dès lors, la partie sembla gagnée : l'appétit revint peu à peu, les forces reparurent, et un mois après le malade quittait l'hôpital, conservant un petit anus cœcal, que nous devions fermer quelques semaines plus tard.

Deux mois après, il nous revint, en très bonne santé apparente : il

allait régulièrement à la selle, ne souffrait pas du ventre et mangeait passablement ; l'anus cœcal était, du reste étroit et ne laissait passer qu'une portion restreinte de matières fécales. Après une première tentative d'occlusion, de résultat incomplet, je pris le parti de libérer entièrement la paroi adhérente du cœcum et de fermer l'orifice par une entérorraphie latérale. Tout se passa très bien pendant les deux premiers jours ; le matin du troisième, je trouvai mon malade mourant avec tous les signes d'une péritonite par perforation, tellement avancée que toute intervention me parut inutile. Je pensai naturellement que ma suture cœcale avait cédé. L'autopsie nous montra tout autre chose ; la suture était intacte, et les deux lèvres accolées adhéraient déjà solidement ; il n'y avait rien d'anormal dans la fosse iliaque droite, mais l'excavation était remplie de matières intestinales . elles provenaient d'une rupture, bas située, de l'S iliaque. Cette rupture siégeait au niveau d'une plaque de tuberculose, qui infiltrait la paroi de l'S iliaque, sans en rétrécir le calibre : on ne trouva pas d'autres plaques semblables sur le trajet de l'intestin.

Je note tout de suite l'existence de cette tuberculose intestinale à évolution torpide et latente, qui remontait sans doute très loin et qui a pu avoir sa part, comme je chercherai à le montrer plus loin, dans la pathogénie des accidents paralytiques....

Observation VIII (INÉDITE)

Occlusion intestinale. — Laparotomie. — Guérison opératoire. — Mort 5 mois après l'intervention par cancer de l'intestin ; par le Dr H. LERAT, chef de clinique chirurgicale des Hôpitaux de Nantes.

M. X..., célibataire, âgé de 50 ans, cultivateur, habitant S..., aux environs de Nantes, présente, le 5 septembre 1911, des symptômes d'occlusion intestinale incomplète.

Le médecin de la localité, appelé, prescrit un purgatif salin et un lavement purgatif : le résultat de ce traitement reste négatif. Le malade n'ayant eu aucune selle, nous sommes appelé en consultation le 7 septembre par le médecin traitant.

Nous nous trouvons en présence d'un homme d'aspect robuste ; le visage est coloré avec une légère teinte subictérique. La température marque 37°2, le pouls bat à 90.

Le malade raconte qu'il n'a jamais été malade, il n'a jamais souffert du ventre ; il avoue qu'il boit 3 ou 4 litres de vin par jour ou 5 à 6 litres de cidre, depuis 2 jours il n'a eu aucune selle, il n'a émis que 3 ou 4 gaz par l'anus ; il ne souffre pas et n'éprouve qu'une sensation de ballonnement abdominal qui s'est accentuée depuis l'ingestion du purgatif et l'administration du lavement.

Quand on découvre le malade, on remarque un ballonnement de l'abdomen ; mais ce ballonnement est modéré et il ne paraît pas plus accentué dans une région que dans une autre ; à la palpation à travers une paroi abdominale épaisse et grasse, on ne détermine en aucun point une douleur bien nette, on peut même jusqu'à un certain point déprimer cette paroi intestinale qui ne présente pas de défense, on ne sent aucune masse ; à la percussion on note un certain degré de tympanisme. Le toucher rectal est pratiqué et ne donne aucun renseignement : l'ampoule rectale est vide.

Devant ces symptômes peu accentués nous portons le diagnostic d'occlusion incomplète sans pouvoir en préciser la cause, et étant donné, d'une part, la faible intensité des symptômes, d'autre part, ce fait que notre malade est un homme de 50 ans, gras, presque obsèe et alcoolique, nous décidons de surseoir à l'intervention et nous prescrivons une entéroclyse, suivant la méthode décrite par Lejars. Le médecin traitant se charge de faire cette entéroclyse.

Le 9 septembre, le médecin nous annonce que l'entéroclyse n'a donné aucun résultat. Les 4 litres d'eau administrés ont été évacués sans ramener de matières, l'eau était presque claire ; de plus, il nous

dit que le ballonnement du ventre a un peu augmenté et que le poulx s'est accéléré, il est à 100,

Le malade est transporté à Nantes à la clinique J. D., le 9 septembre, à 2 heures de l'après-midi. Nous faisons pratiquer devant nous une nouvelle entéroclyse sans aucun résultat : nous croyons qu'il est inutile de recourir au lavement électrique, ce qui nous aurait fait perdre une demie-journée et l'état général du malade étant relativement bon, nous pensons qu'on peut ne pas faire d'anus contre nature et qu'on peut tenter une laparotomie.

INTERVENTION. — Anesthésie au chloroforme, désinfection de la peau par éther, teinture d'iode et alcool, laparotomie médiane sous-ombilicale, paroi grasse épaisse de 8 centimètres environ.

A l'ouverture du péritoine, les anses grêles dilatées modérément s'extériorisent d'elles-mêmes en partie, et sont aussitôt recouvertes de compresses chaudes. Nous explorons le gros intestin et l'intestin grêle à partir du cœcum ; nous ne trouvons rien. En explorant l'intestin grêle, nous entendons très nettement les bruits successifs, plusieurs émissions gazeuses par l'anus. Nous pensons alors qu'une coudure de l'intestin qui nous serait passée inaperçue a été découdée et ceci d'autant plus que les anses intestinales semblent moins dilatées et nous nous préparons à rentrer la masse intestinale dans l'abdomen (ce qui fut relativement facile contre notre attente). Les deux lèvres de la plaie abdominale furent saisies avec deux fortes pinces de Muesch et soulevées le plus possible par notre aide. Le malade dormant à fond, la masse intestinale à moitié extériorisée est refoulée doucement dans l'abdomen. Fermeture de la paroi en 3 plans, fils profonds serrés sur une compresse de gaze, sans drainage; durée de l'intervention 25 minutes.

Les suites opératoires furent très simples, dès le lendemain matin 10 septembre, abondante émission de gaz par l'anus, le ventre se déballonne, température 37°2, poulx 90.

11 septembre. — Matin : température 36°8, poulx 88 ; soir : tempéra-

ture 37°4, pouls 80 ; 24 heures après l'opération, un lavement à basse pression est administré qui ramène quelques matières fécales. Le malade rend de nombreux gaz.

12 septembre. — On donne 30 grammes d'huile de ricin à doses filées, le malade, quelques heures après, a deux selles abondantes ; matin : température 37°, pouls 76 ; soir : température 37°3, pouls 89.

13 septembre. — Le ventre est déballonné et a repris son aspect et sa consistance habituels ; l'état général est satisfaisant ; cependant le foie du malade qui est un buveur a certainement été touché par le chloroforme, il existe une teinte ictérique assez marquée et la région hépatique est douloureuse ; le foie est augmenté de volume. Diète hydrique calomel (3 prises de 0.20 centigrammes). Ventouses scariifiées au niveau de l'hypochondre droit.

Deux jours après, tout rentre dans l'ordre, le malade se sent bien, a bon appétit et va régulièrement à la selle. les fils sont enlevés le dixième jour et le malade sort de la clinique vingt jours après l'intervention.

Trois mois et demi après, nous sommes appelé auprès de lui par son médecin, nous le trouvons alité, très amaigri, son visage a presque une teinte jaune paille ; il nous raconte alors que pendant deux mois après l'opération, il a joui d'une parfaite santé, il avait repris son travail aux champs, avait retrouvé son appétit et allait régulièrement à la selle. Mais il y a un mois et demi, il commença à s'affaiblir et à ressentir une douleur sourde dans la fosse iliaque gauche ; cette douleur augmentant d'intensité devint bientôt intolérable et le força à s'aliter ; de plus ses selles deviennent sanguinolentes ; à la palpation on sent dans la fosse iliaque gauche une masse dure irrégulière, douloureuse, du volume d'une tête de fœtus, cette masse n'est pas mobile.

Nous posons alors le diagnostic de cancer de l'intestin siégeant très probablement sur le colon pelvien. Il est très vraisemblable que l'occlusion qu'avait présentée le malade, cinq mois et demi auparavant, était due à un noyau cancéreux qui nous était passé complète-

ment inaperçu au cours de l'opération. Nous proposons alors un anus cœcal au malade qui refuse toute intervention, le malade se cachectise très rapidement et la mort survint à la fin de février 1912, 5 mois après l'opération pour l'occlusion intestinale.

Observation IX

Iléus fonctionnel par calcul biliaire dans l'intestin, par ISAEI, Berliner Klinische Wochenschrift, 1892.

M^{me} X..., âgée de 72 ans, souffrait depuis le 3 juin de constipation et de coliques de plus en plus violentes. Depuis le 6 juin elle rendait des vomissements noirâtres qui se répétaient toutes les deux minutes. Le 10 juin, le ventre était mou, non ballonné et sans indice de mouvements péristaltiques ; néanmoins en raison des signes avérés d'occlusion, je fis la laparotomie et je trouvai dans le jejunum à 20 centimètres de la valvule de Bauhin un petit calcul biliaire dont le plus grand diamètre ne dépassait pas deux centimètres ; le gros intestin était vide, le plus curieux c'est que cette pierre, qui était la cause de l'occlusion, pouvait être poussée très facilement dans toutes les directions. Aussi hésitai-je tout d'abord à la considérer comme l'agent responsable des accidents ; j'agrandis la plaie abdominale et j'inspectai mais en vain tous les intestins. J'enlevai alors la pierre et refermai le ventre. Bientôt après la malade eut des garde-robes, malheureusement trente heures après l'opération, elle mourait d'une angine de poitrine.

Il ne s'est évidemment pas agi dans ce cas d'une occlusion mécanique et à première vue il peut paraître impossible qu'une si petite pierre ait pu obstruer totalement pour les gaz et pour les liquides un organe essentiellement dilatable comme l'intestin grêle. Il faut nécessairement admettre que ce calcul a été enchatonné au moins transi-

toirement par un spasme, la pierre ayant déterminé à son niveau des contractions péristaltiques réflexes.

C. — Les Organes voisins

Observation X

Colique hépatique, Paralysie de l'intestin. Vomissements fécaloïdes ; phénomènes d'obstruction sans obstacle mécanique au cours des matières, par SIREDEY, in Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1895.

Léontine L..., âgée de vingt-huit ans, domestique, a été reçue le 10 mars dernier, dans l'après-midi, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Corvisart, où je la voyais pour la première fois le lendemain, 11 mars.

D'une forte et robuste constitution, cette jeune femme est douée d'un embonpoint précoce et un peu exagéré. Bien portante habituellement, dit-elle, elle est sujette depuis quelques années à des coliques hépatiques qui l'arrêtent fréquemment dans son travail durant deux ou trois jours.

Il y a un an environ, ayant eu une crise plus violente et plus prolongée que de coutume, elle fut soignée à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de notre très distingué collègue, le Dr Letulle. On lui donna à plusieurs reprises du calomel, de l'huile à hautes doses et on lui fit des injections de morphine au moment des coliques. Elle avait eu à cette époque un ictère assez persistant.

D'ailleurs, même dans ses crises passagères, elle présentait presque toujours de la jaunisse pendant quelques jours.

Depuis cette époque, elle a eu fréquemment des coliques hépatiques, mais sans gravité. Dans ces derniers temps surtout, elle avait

presque chaque semaine une petite crise. Elle ne suivait néanmoins pas de traitement régulier.

Le jeudi matin 7 mars, elle fut prise en se levant de vives douleurs à droite de l'épigastre, irradiant vers l'hypocondre droit et l'épaule droite. Ces douleurs s'accompagnaient d'une sensation d'étouffement qu'elle avait déjà ressentie dans ses attaques antérieures. Dès le début de la douleur apparaissaient des vomissements abondants, d'abord muqueux, puis franchement bilieux. En somme la crise ressemblait absolument aux précédentes et elle n'en différait que par l'intensité de la douleur, l'abondance et la fréquence des vomissements.

La malade se contenta de recourir à des applications chaudes, à des cataplasmes, prit un peu de lait et d'eau de Vichy, qu'elle rejetait immédiatement. Ces accidents persistèrent à peu près sans interruption jusqu'à son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire durant quatre jours. Un médecin appelé le 9 mars prescrivit un vésicatoire sur l'épigastre, et une purgation, que la malade ne put garder. Cependant le ventre augmentait de volume, il devenait dur et ballonné, et la respiration de plus en plus gênée, c'est surtout ce qui décida cette femme à entrer à l'hôpital.

Le 11 mars, à l'heure de la visite, la douleur épigastrique a notablement diminué. Les crises aiguës de coliques hépatiques, bien connues de la malade, ont, dit-elle, à peu près disparu. En revanche le ventre est de plus en plus météorisé et la respiration plus difficile. Les vomissements sont incessants : bilieux la veille au soir, ils sont devenus franchement porracés. La malade n'a pas été à la selle depuis six jours (et à ce propos elle ne peut préciser si la dernière évacuation a eu lieu six ou sept jours auparavant), elle ne s'en préoccupe pas disant qu'elle est toujours constipée. Mais depuis le début de sa crise elle n'a pas rendu de gaz par l'anus. Les urines sont rares elles renferment quelques traces d'albumine, mais pas de pigments biliaires (acide nitrique, teinture d'iode, etc.).

Les téguments n'offrent en aucun point la teinte ictérique, non plus que la muqueuse sublinguale ou conjonctivale. La malade a remarqué elle-même qu'elle n'était pas jaune comme à ses attaques précédentes.

La face est grippée, les yeux profondément excavés, le nez un peu effilé ; la langue est couverte d'un enduit jaunâtre épais, l'haleine fétide. Il n'existe aucun bruit anormal du côté du cœur et des vaisseaux. Aucune complication du côté des poumons.

Le ventre est très notablement augmenté de volume, saillant, bombé sur la ligne médiane et au niveau des hypocondres. Partout on constate une sonorité excessive qui ne permet pas de limiter d'une manière précise, par la percussion, les viscères abdominaux. Il semble cependant que le foie et la rate aient conservé leurs dimensions normales. Les anses intestinales distendues ne sont le siège d'aucune contraction, on ne perçoit aucun mouvement, aucun bruit de borborisme.

La pression modérée de l'abdomen n'est pas douloureuse, on peut appuyer profondément la main sur le ventre et la retirer brusquement sans faire souffrir la malade. Le pouls est régulier, petit, 124 environ à la minute. Température rectale, 38° 4.

La persistance des vomissements, alors que les douleurs avaient disparu depuis la veille au soir, la couleur verdâtre des vomissements, le ballonnement excessif de l'abdomen indiquaient une complication. S'agissait-il de péritonite ou d'occlusion intestinale ? L'absence de douleurs vives et de hoquet, le peu de sensibilité du ventre à la pression ne plaident pas assurément en faveur de la péritonite. L'arrêt complet des matières et des gaz depuis cinq jours semblait accuser des phénomènes d'occlusion qui rendait inquiétant l'état de dépression de la malade, épuisée par ses vomissements incessants.

PREScription. — Lavement purgatif avec 30 grammes de follicules de séné et 30 grammes de sulfate de soude. Potion de Rivière. Eau chloroformée. Glace. Lait et eau de Vichy.

Le lavement ne fut suivi d'aucune évacuation. On eut recours, dans l'après-midi, au lavement électrique de Boudet, de Paris, renouvelé à deux reprises, à un quart d'heure d'intervalle, sans le moindre succès.

A cinq heures du soir, M. Lucas, externe du service, faisant les fonctions d'interne, fit donner, d'après mes indications un lavement de 1 gramme d'huile, sous pression modérée en se servant d'une sonde rectale. Le lavement pénétra bien dans l'intestin et sortit accompagné de deux ou trois petites boules fécales insignifiantes.

Vers six heures et demie, les vomissements, qui n'avaient pour ainsi dire pas cessé, devenaient franchement fécaloïdes, et restèrent tels durant toute la soirée. Pouls petit, dépassant 130, température 38° 6.

Dans ces conditions, et conformément à mes instructions, on fit prévenir un chirurgien du Bureau central qui pratiqua la laparotomie vers onze et demi du soir. Incision médiane de l'ombilic au pubis. Après exploration minutieuse de tout le tube intestinal qui se présentait, en totalité, distendu par les gaz jusqu'au rectum, on ne constata aucun obstacle, ni torsion, ni invagination, ni calcul. Il n'existait pas trace de péritonite, ni de perforation, et les phénomènes d'occlusion furent imputés à la seule paralysie de l'intestin.

Il est bon de remarquer que pendant l'anesthésie et aussi longtemps que la malade demeura sous l'influence du chloroforme, les vomissements avaient cessé complètement pour reparaitre au réveil.

En effet, quelques instants après l'opération, la malade fut très agitée et accusa de vives douleurs dans la région hépatique, les vomissements fécaloïdes redoublèrent de fréquence et d'abondance, l'oppression augmenta, la malade s'affaiblit rapidement et succomba à trois heures du matin.

L'autopsie fut faite le 13 mars, avec le plus grand soin, par M. Schmitt, interne du service de M. le Dr Ch. Monod.

Aussitôt après l'enlèvement des sutures et le prolongement de l'incision vers le thorax, les anses intestinales apparaissent distendues par les gaz. Partout l'intestin est comme insufflé. La séreuse est parfaitement lisse et transparente. Deux anses de l'intestin grêle seulement, immédiatement au niveau de la plaie chirurgicale, sont congestionnées et le péritoine prend à leur niveau l'apparence velvétique, sur une étendue de quelques centimètres. En un point très limité, ces deux anses sont accolées l'une à l'autre, mais nulle part ailleurs, on n'observe de fausses membranes ou même l'aspect dépoli de la séreuse. Dans tout le bassin et au niveau des fosses iliaques, intégrité absolue du péritoine et de l'intestin. On trouve dans le bassin quelques gouttes de liquide sanguinolent, sans aucun phénomène d'inflammation à ce niveau.

Dans toute la longueur du rectum et du colon, on sent des matières fécales moulées, mais elles ne forment en aucun point des masses compactes, dures, remplissant toute la cavité intestinale et formant bouchon. Partout, même dans le cœcum, elles restent libres et circulent facilement sous la moindre pression des doigts. On ne constate nulle part de torsion de l'intestin, de compression, d'invagination, etc., en un mot, pas la moindre diminution du calibre normal depuis le pylore jusqu'à l'anus.

L'estomac est distendu, et comme insufflé. Il contient, ainsi que l'œsophage, des matières fécales jaunâtres, très fétides, absolument identiques à celles que renferme le duodénum. Les diverses manipulations que l'on pratique sur l'intestin font refluer ces matières dans l'œsophage et jusque dans la bouche et par les narines.

Un stylet introduit dans l'orifice du canal cholédoque est arrêté à 5 ou 6 millimètres de l'ampoule de Water. Une incision pratiquée sur ce conduit fait découvrir un gros calcul cubique ayant un peu plus de 1 centimètre de côté et présentant la forme d'un dé à jouer, avec des facettes légèrement excavées. En arrière de ce calcul, et en contact avec lui, apparaissait un autre calcul dont le volume était de un

tiers environ inférieur au précédent, et plus loin de nombreux petits calculs tout le long du canal cholédoque et du canal cystique, jusque dans la vésicule biliaire. Celle-ci, de dimension normale, était elle-même remplie de petits calculs à facettes. Aucune trace de suppuration dans les voies biliaires ou au voisinage des canaux biliaires.

Pas d'adhérence de la vésicule avec l'intestin, pas d'altération du foie.

Tous les autres organes abdominaux ou thoraciques ne présentaient aucune altération appréciable.

Observation XI (INÉDITE)

Colique hépatique : Syndrome d'occlusion intestinale, par le Dr BRELET, médecin des Hôpitaux de Nantes.

M^{me} T..., 67 ans. — Depuis trois ans souffre de rhumatisme déformant ; a eu 5 enfants, 3 sont morts ; l'un à deux mois athrepsique ; un deuxième à 24 ans, phthisique, le troisième à 21 ans, brûlé ; des deux autres, l'un a 28 ans, il est tuberculeux, l'autre une fille, de 35 ans, est bien portante.

Son mari est mort d'accident à 45 ans.

— Le 15 décembre 1909, étant occupée à laver, elle est prise de vives douleurs dans l'abdomen et de diarrhée, malgré tout, elle n'est pas obligée d'interrompre son travail, elle ne vomit pas, et n'a même pas d'état nauséeux. Le lendemain, ses douleurs se sont calmées : ses conjonctives et ses téguments ne sont pas devenus jaunes.

Dans les huit jours suivants, elle est reprise de temps à autre d'assez vives douleurs dans l'abdomen et chaque fois elle est obligée d'aller plusieurs fois à la selle, ce qui ne l'empêche pas de travailler. En outre, elle perd l'appétit, et trouve qu'elle maigrit ; mais, pas d'ictère, pas de vomissements, rien de particulier dans les urines.

Avant cette époque la malade était constipée, restant très bien trois

ou quatre jours sans aller à la selle et sans en être incommodée; mais elle n'a jamais rien remarqué d'anormal dans ses matières, qui à aucun moment n'ont été ni aplaties ni rubanées, ni mêlées de sang, ni couleur de goudron, jamais d'hémorrhagies intestinales.

Dans la journée du 24, les douleurs deviennent intolérables, et la malade doit s'aliter. Ses douleurs extrêmement vives sont particulièrement violentes dans les régions ombilicale et épigastrique, bien que tout l'abdomen soit sensible. Elle n'a pas envie de vomir, à peine se plaint-elle d'un état nauséux. Mais cette fois elle n'a pas de diarrhée; elle cesse même complètement d'aller à la selle.

Du 24 au 28, la malade reste toujours dans le même état : souffrant horriblement, n'allant pas à la selle et ne rendant pas de gaz. Son ventre est ballonné, dur à la pression, mais ses conjonctives ne sont pas jaunes, ses téguments ont conservé leur coloration, elle urine normalement.

Le 27 elle a quelques vomissements.

Le 28, sa famille fait venir le Dr Brelet, médecin des Hôpitaux, qui constate des symptômes d'obstruction intestinale et ordonne 30 grammes d'huile de ricin ainsi que des cataplasmes chauds sur l'abdomen.

Le diagnostic étiologique de l'obstruction reste imprécis; cependant étant donné l'âge de la malade, les troubles intestinaux antérieurs, l'amaigrissement et la perte des forces, on peut faire l'hypothèse d'un néoplasme de l'intestin. L'huile de ricin n'est pas vomie, mais ne produit aucun effet; il y a toujours arrêt complet des matières et des gaz. Le 29, un lavement d'un litre d'eau avec deux cuillerées à soupe de glycérine ne donne aucune amélioration et les symptômes d'obstruction étant toujours les mêmes, à 10 heures du soir, la malade est envoyée à l'Hôtel Dieu pour y être opérée.

Examinée par l'interne de garde, celui-ci pense à un néoplasme de l'intestin et ne juge pas à propos de faire venir un chirurgien.

Le lendemain 30 janvier, les douleurs sont moins vives, on constate

en outre du subictère avec point douloureux dans la région de la vésicule biliaire et un foie un peu gros.

Durant trois ou quatre jours, la malade souffre encore un peu: puis les choses rentrent dans l'ordre et elle retourne chez elle complètement rétablie le 9 janvier 1910. Depuis elle se porte bien.

Observation XII (INÉDITE)

Occlusion fonctionnelle au cours d'une colique néphrétique; par le Dr VIGNARD, chirurgien des Hôpitaux de Nantes, professeur de clinique chirurgicale.

Le 24 septembre 1907, à 8 heures du soir, M^{me} P..., 52 ans, se couche en parfaite santé. Quelques instants après, elle est prise brusquement de violentes douleurs dans tout l'abdomen, particulièrement vives dans tout le côté gauche. La douleur est exclusivement abdominale, sans la moindre irradiation dans la région lombaire. Toute la nuit, elle a envie de vomir. Elle a d'abord quelques vomissements alimentaires, puis des vomissements bilieux peu abondants; enfin, le plus souvent, elle fait de grands efforts pour arriver à vomir simplement quelques glaires. De toute la nuit elle ne rend pas de gaz et ne va pas à la selle; elle y avait d'ailleurs été cette après-midi du 24. Elle a continuellement envie d'uriner, un besoin impérieux qu'elle est obligée de satisfaire environ tous les quarts d'heure; mais, chaque fois, elle ne rend que quelques gouttes d'urine sans caractère particulier.

M^{me} P..., qui a une luxation congénitale de la hanche gauche, n'avait jamais été malade avant cette époque; de forte corpulence, elle pèse 90 kilog. Elle allait régulièrement à la selle et n'avait jamais rien remarqué dans ses urines. Elle a eu deux enfants, l'un

est mort à 9 mois d'affection mal définie; l'autre, âgé de 20 ans, jouit d'une bonne santé.

A une heure de la nuit, elle envoie chercher son médecin, le Dr Bonhommet, des Couëts; le ballonnement du ventre est considérable, mais la palpation n'exagère pas les douleurs. Il fait appliquer sur le ventre des compresses d'eau très chaude et ordonne une potion dans laquelle entrent 10 grammes d'Elixir parégorique. La malade n'en prend qu'une très faible partie et la vomit.

25 septembre. — La malade est complètement anéantie, elle ne se sent capable d'aucun mouvement, souffre un peu moins du ventre, a moins envie de vomir, et n'a plus que quelques vomissements bilieux. Elle ne va pas à la selle et ne rend pas de gaz. On lui fait prendre en deux fois 30 grammes d'huile de ricin, qu'elle vomit en partie et qui ne lui produisent aucun effet. Le ventre est toujours aussi ballonné. Les envies d'uriner sont moins fréquentes et dans le peu d'urine recueillie, on ne remarque rien d'anormal.

26 septembre. — Pendant la nuit, insomnie complète, malade aussi anéantie. ventre aussi distendu, aussi douloureux que la veille, pas de selles, pas de gaz. On appelle en consultation le Dr U. Monnier, professeur de clinique médicale; il pense à une occlusion intestinale et fait faire à la malade de l'entéroclyse (2 litres d'eau, 1 litre d'huile d'olive) et, d'accord avec son médecin, décide de l'envoyer à l'Hôtel-Dieu, si le médicament ne produit pas d'effet.

Le Dr Bonhommet l'envoie à 4 heures de l'après-midi; elle y arrive à 6 heures du soir.

27 septembre. — Le 27 au matin, la malade n'a encore rendu ni matière, ni gaz, elle est un peu moins anéantie, le ventre est moins ballonné et la douleur a presque complètement disparu, toute la nuit, elle a encore éprouvé de fréquentes envies d'uriner, mais cette fois l'urine a changé de caractère.

Le Dr Vignard, professeur de clinique chirurgicale, dans le service duquel elle est entrée, l'examine; il lui semble que le ballonne-

ment du ventre n'est pas proportionné avec les phénomènes particulièrement graves accusés par la malade. Il se fait apporter l'urine rendue le matin même, cette urine est boueuse, sanguinolente. Cette altération caractéristique de l'urine, en même temps que la localisation de la douleur à gauche, lui fait porter le diagnostic d'occlusion fonctionnelle due à une colique néphrétique. Cependant, en présence des signes si nets d'occlusion que la malade a présentés, il croit devoir faire une laparotomie exploratrice, mais ne constate rien d'anormal du côté de l'intestin. Les suites, d'ailleurs, furent simples, la circulation des matières se rétablit presque immédiatement, ce qui confirme le diagnostic d'occlusion réflexe due au passage d'un calcul dans l'uretère.

Observation XIII (INÉDITE)

Occlusion fonctionnelle post-partum , infection péritonéale, par le Dr SCHMITT, accoucheur des Hôpitaux de Nantes, professeur du cours départemental d'accouchement.

M^{me} P... entre à la maternité hospitalière de l'Hôtel-Dieu de Nantes, le dimanche 30 novembre 1902. Tertipare à terme, sans antécédents pathologiques. Les deux premières grossesses ont été bonnes, les accouchements normaux, les suites de couches physiologiques.

La grossesse actuelle a évolué sans complication ; seule la constipation est opiniâtre : garde-robe tous les 4 ou 5 jours, douleurs abdominales depuis 3 jours.

L'exploration externe n'est pas pratiquée à l'entrée dans le service. le toucher vaginal montre un col entrouvert ayant à peu près toute sa longueur.

Dans la nuit suivante, vers deux heures du matin, rupture de la

poche des eaux : à ce moment seulement, la malade fait prévenir la sage-femme de garde.

À l'inspection de la paroi abdominale, météorisme léger occupant l'hypocondre gauche et l'épigastre. Utérus déjeté à droite ; fœtus se présentant en O. I. D. P. Auscultation fœtale négative ; au toucher, col dilaté, tête engagée, pas de procidence.

L'interne de service, appelé, vérifie le diagnostic, constate l'absence des bruits du cœur, fait une application rapide de forceps. Extraction facile, fœtus extrait en état d'asphyxie blanche. Une heure de manœuvres ne permettent pas de le ranimer. L'intervention a duré cinq minutes.

Aussitôt après la sortie du fœtus, l'interne est frappé du météorisme abdominal, l'intestin très distendu forme une volumineuse saillie sous la paroi abdominale. Délivrance par expression 50 minutes après l'accouchement.

Le matin, vers 8 heures, mêmes symptômes, douleur épigastrique assez vive, ni selles, ni gaz. L'utérus est normal, on ne sent pas de matières dans la fosse iliaque ; état général bon, pouls régulier, bien frappé.

Le soir, à 6 heures, ballonnement plus accentué ; température 37°7, pouls 70. Écoulement lochial normal. Un lavement glycériné de 2 litres est administré sans résultat.

2 décembre. — Le matin, la situation est la même, le météorisme persiste aussi intense, l'utérus regresse bien ; T. : 37°6 ; P. : 65, pas d'oppression. 30 grammes d'huile de ricin : ni selle, ni gaz.

Vers midi, vomissements alimentaires, puis bilieux fréquents T : 37°7. À six heures, entérocluse : quelques matières peu abondantes ; T : 37°4, P : 65. La distension intestinale est encore plus accentuée.

3 décembre. — La nuit a été mauvaise. Vomissements bilieux incessants, vive douleur épigastrique. La régression utérine est normale, au toucher, on constate une déchirure du col allant jusqu'aux attaches vaginales.

Huile de ricin à doses filées : 5 grammes de 20 en 20 minutes jusqu'à 30 grammes, sans résultat. Les vomissements cessent. Pouls régulier bien frappé, 60 à 65 pulsations à la minutes. T : 37°3, à 9 heures, 37°4, à midi, 37°5, à 6 heures, 37°3, à 9 heures du soir.

4 décembre. — Les vomissements n'ont pas reparu, mais le ballonnement du ventre est toujours le même ; et toujours absence de gaz et de garde-robe. Le diagnostic d'occlusion intestinale s'impose de plus en plus, et, malgré son peu de fréquence, je pense à une occlusion par paresse intestinale ; aussi, avant de recourir à l'intervention, je prescris un lavement électrique qui, malheureusement, ne peut être administré ce jour-là.

L'état général est le même, le pouls normal, la température varie de 37°3 à 37°5.

La nuit suivante est très mauvaise, alternatives d'agitation et de prostration, nausées, les vomissements deviennent fécaloïdes.

5 décembre. — 9 heures. Aspect péritonéal, faciès grippé, pouls petit, filiforme à 120, tympanisme généralisé, mais plus manifeste à la région sus-ombilicale. T 36°6.

Je prie mon maître, M. le Pr Vignard, de vouloir bien examiner la malade, il juge la situation trop grave pour tenter une intervention. Injection de sérum, 1 litre 1/2 en trois fois.

Le soir, vers trois heures, la situation est encore plus sérieuse, le pouls est imperceptible.

Vers cinq heures, on donne un lavement électrique qui amène une énorme évacuation de matières, d'odeur infecte, molles, grisâtres : mais sitôt après le météorisme devient considérable et la malade meurt vers 8 heures du soir.

AUTOPSIE. — 24 heures après la mort. Ballonnement considérable du ventre ; à l'ouverture de la cavité abdominale, les anses intestinales, extrêmement distendues, viennent faire hernie à l'orifice. On reconnaît bientôt que ces anses appartiennent au premier tiers de

l'intestin grêle, et on est frappé de la différence d'aspect des divers segments du tube digestif.

Tandis que l'estomac et cette première partie de l'intestin sont très distendus, leurs tuniques réduites à une faible épaisseur, que la coloration en est jaunâtre ; les deux derniers tiers forment une masse affaissée sur elle-même, à segments très hyperhémisés, agglutinés entre eux par une couche de fibrine. Aux parties déclives, on constate la présence d'un liquide brun rougeâtre, hématique dont la quantité peut-être évaluée à 200 grammes. L'utérus est à environ 10^{cm} au-dessus du pubis et présente des adhérences légères avec le péritoine. On déroule le tube digestif, avec précaution et non sans peine, nulle part on ne trouve d'obstacle. On constate que subitement, sous l'influence des manipulations, les gaz passent dans le segment précédemment affaissé. L'examen de cette région de transition n'y révèle aucune cause d'occlusion. On y voit trois zones larges environ d'un centimètre de diamètre, ecchymotiques, mais ces ecchymoses sont sous-péritonéales. La surface interne de l'intestin est absolument saine, même aux points correspondants aux ecchymoses. Dans le gros intestin, il y a des matières fécales très abondantes. L'utérus est en voie de régression. Le col présente à droite une déchirure atteignant les attaches vaginales. Foie volumineux, 1,800 grammes, reins gros ; organes thoraciques sains.

D. — Le péritoine.

Observation XIV (INÉDITE)

Appendicite avec péritonite généralisée. Appendicectomie. Parésie intestinale. Fistule intestinale, par le Dr RIVET, chirurgien des Hôpitaux de Nantes.

M^{me} Br..., 26 ans, aucun antécédent intéressant sauf une pleurésie

légère à 16 ans ? mariée depuis quatre ans sans enfants. Apparence frêle, mais relativement bien portante, menstruation régulière ; est prise le lundi 23 juin 1907 subitement de douleurs abdominales avec paroxysmes dans la fosse iliaque droite, quelques heures après surviennent des vomissements, d'abord alimentaires, ensuite verdâtres. A noter a eu une selle dans la matinée. La nuit est mauvaise, les douleurs ne s'amendent pas, les vomissements quoique peu rares, continuent.

Le mardi, le Dr Lacambe, mandé, pense une appendicite, met la malade à la diète, prescrit de l'opium et des applications de glace sur le ventre. Le mercredi, le médecin me fait demander en consultation, je vois la malade vers 9 heures, elle a le visage altéré, le faciès péritonéal, la langue sèche ; le pouls est rapide et très petit, la température à peine à 37°, le ventre est ballonné, sonore partout, uniformément distendu, très sensible à droite et à gauche. Le diagnostic porté est : péritonite généralisée d'origine appendiculaire.

Uné intervention est jugée urgente. La malade est transportée dans une clinique, l'intervention a lieu le même jour à midi, avec l'assistance du Dr Poisson. Incision de Roux issue immédiate de bouillon sale très clair, pas de pus bien formé, les anses intestinales sont distendues, vascularisées. L'appendice facile à trouver est réséqué, cet organe est très nettement malade avec une ulcération à sa base prête à se perforer. On ne fait pas d'autre incision, on se borne à mettre dans la plaie deux gros drains, dont l'un descend dans le petit bassin.

La journée qui suit est mauvaise, la température descend à 36°, le pouls reste toujours rapide et filant, les vomissements continuent. L'opérée est remontée avec une injection de sérum physiologique de 500 grammes, des injections de spartéine et de strychnine. Le jeudi, l'état est à peu près le même, visage toujours abdominal, température un peu remontée 37°, le ventre est très ballonné, toujours douloureux, ni selles, ni gaz, vomissements.

Le soir et surtout dans la nuit les douleurs deviennent intolérables,

les vomissements changent de couleur et deviennent marc de café. Le vendredi au matin, température de nouveau à 36°, état général très mauvais, vomissements fétides sentant la matière stercorale, mais toujours de couleur noirâtre, ventre extrêmement ballonné; on voit les anses se dessiner à travers la paroi, la percussion à droite surtout révèle de la matité; aucun gaz n'a été rendu par le rectum, malgré l'installation d'une sonde rectale.

Devant cet ensemble de symptômes indiquant qu'à l'intoxication appendiculaire se joignaient des complications d'occlusion intestinale, sans doute par parésie à moins que ce ne soit par adhérences, je résolus de pratiquer une fistule stercorale.

Sans chloroforme, sous l'influence d'une anesthésie locale à la cocaïne, j'enlève les drains qui ne donnaient rien et j'ouvre la partie inférieure de la plaie. J'attire la première anse d'intestin grêle très météorisé qui se présente et l'ayant fixée à la hâte avec des points de suture, je fais une petite ponction et j'introduis un petit tube de caoutchouc de la dimension d'une grosse sonde de Nélaton. Il y a immédiatement issue de gaz et écoulement de plusieurs litres de liquide intestinal.

Dans la soirée, la malade ne semblait pas beaucoup plus fatiguée, le ventre était moins ballonné et surtout peu douloureux. Les vomissements étaient espacés, la température toujours avoisinant 36°. Le samedi, état général sensiblement meilleur, plus de vomissements; ventre affaissé, toujours écoulement abondant par le drain intestinal. Température 36°8.

A partir du lendemain, quoique lentement l'opérée s'améliore. Elle quitte la clinique trois semaines après la première intervention. Les selles se régularisent trois ou quatre jours après la fistule intestinale. La fistule persiste près de deux mois et finit par guérir sans intervention.

Observation XV

Péritonite tuberculeuse aiguë à forme d'occlusion intestinale. LEJARS,
Empruntée à la thèse de M. GUILLEMARE.

Le nommé A..., commis des Postes, âgé de trente-cinq ans, entre à l'hôpital Beaujon, le 19 janvier 1898, pour des douleurs dans l'abdomen. Pas d'antécédents tuberculeux, le père vit encore ; la mère est morte d'accident.

Aucune maladie jusqu'en 1892. A cette époque, le malade commença à ressentir quelques douleurs dans le ventre, avec des alternatives de diarrhée et de constipation ; mais ces douleurs durent fort peu longtemps et souvent disparaissent quelques minutes après leur apparition.

En 1893, les douleurs se manifestent moins souvent, mais durent plus longtemps qu'auparavant. Dans le courant de l'année, le malade est forcé d'abandonner son travail pendant quatre jours et de faire appeler un médecin qui prescrit un purgatif et des applications de cataplasmes laudanisés. A la suite de ce traitement, grand soulagement et disparition des douleurs jusqu'en 1898.

Le 15 janvier 1898, douleur ombilicale assez violente, forçant le malade à garder le lit et à faire appeler un médecin. Celui-ci ordonne des applications de cataplasmes laudanisés qui ne produisent aucun effet. Le lendemain, non seulement aucun soulagement n'est à noter, mais la douleur est encore plus violente ; même état les deux autres jours suivants. Le malade se décide alors à se laisser transporter à l'hôpital Beaujon où il entre le 19 janvier, dans le service de M. le Prof. Debove.

M. Lejars, appelé le même jour, examine le malade et voici le résultat de son examen. Je vis le malade le 19 janvier dans le service de M. le Prof. Debove, qui avait bien voulu me faire appeler. La face était pâle, anxieuse, un peu grippée, le pouls fréquent et assez petit,

la langue très pâle, d'un blanc jaunâtre ; il y avait eu la veille et dans la nuit des nausées et quelques vomissements sans caractère, pas de selles depuis plusieurs jours, mais quelques émissions gazeuses. Le ventre était gros, surtout distendu dans la région sus-ombilicale, d'une consistance uniformément pâteuse, sans induration, sans relief en aucun point. La palpation était peu douloureuse, sauf dans le flanc et la fosse iliaque droits et encore n'est-ce là qu'une sensation diffuse sans localisation et que la pression seule réveillait. Le malade était d'apparence très vigoureuse, solidement musclé et dans ses antécédents, que son état de torpeur étrange rendait difficile à élucider, on ne retrouvait à noter que l'existence antérieure d'une crise un peu analogue et qui avait cédé spontanément.

Bien qu'il fût entré à l'hôpital avec le diagnostic d'occlusion intestinale, et que ce fut là, en réalité, une des hypothèses les plus plausibles, il manquait quelques éléments d'importance majeure : les vomissements, en somme uniquement bilieux, les quelques gaz rendus par l'anus au moins la veille, la consistance du ventre cadraient mal avec le diagnostic d'iléus, et d'autre part la brusquerie du début, cette crise mal définie et passagère dont il évoquait seulement le vague souvenir, tout cela ne permettait guère, de prime abord, de conclure à une péritonite tuberculeuse chronique.

Toujours est-il que je crus sage d'attendre avant de recourir à une intervention opératoire, le malade se trouvant dans les meilleures conditions pour être soumis à une surveillance constante. On applique une vessie de glace sur le ventre et l'on donne un lavement électrique qui ne fut d'ailleurs suivi d'aucun résultat. Le lendemain 20, l'état restait pourtant le même, le pouls conservait les mêmes caractères, les vomissements étaient toujours très rares et composés seulement d'un peu de liquide bilieux ; le ventre n'était pas plus tendu. L'idée d'une obstruction ou d'une pseudo-occlusion paralytique semblait se confirmer. M. Labbé, interne de service, administra un deuxième lavement électrique sans plus d'effet.

Dans la nuit, la situation se modifia grandement. Le 21, à neuf heures, on me présentait une pleine cuvette d'un liquide épais brunâtre, dont l'aspect et l'odeur ne laissaient aucun doute, c'était un vomissement fécaloïde, et il était même si caractéristique que je le fis porter à l'amphithéâtre le matin pour le présenter aux élèves. Le faciès était grippé, le pouls très petit, les mains froides, le ventre fortement distendu, surtout dans sa moitié supérieure.

Une demi heure après, un peu en regret d'avoir attendu quarante-huit heures pour intervenir, je pratiquai la laparotomie en présence de M. le Prof. Debove et de M. Théophile Anger. Me guidant sur la zone de distension maxima de l'abdomen je fis une incision sus-ombilicale. Le péritoine ouvert, il s'écoula un liquide clair, séreux, et je tombai sur un épiploon épaissi, très grasseux, et que le premier examen nous montra parsemé de granulations jaunâtres arrondies, dures, grosses comme des grains de millet ou de chénevis et présentant toute l'apparence de granulations tuberculeuses. En relevant et en tirant au dehors le reste du tablier épiploïque, il fut aisé de constater que ce semis granuleux se continuait dans toute son étendue, au-dessous, l'intestin apparut recouvert des mêmes granulations. Nous avions donc affaire à une péritonite tuberculeuse miliaire. L'exploration de la cavité abdominale ne nous fit découvrir aucune bride, aucune zone d'adhérence, aucun segment aplati de l'intestin, l'S iliaque était distendu tout aussi bien que la première partie de l'intestin grêle ; nulle part de coudure, partout la surface intestinale était rouge, vascularisée, mais lisse et polie, sans fausses membranes.

Après cette recherche qui fût rapidement faite, il ne restait plus qu'à fermer le ventre purement et simplement, ce qui fut exécuté, comme d'ordinaire, par une réunion à deux plans de la paroi et la suture de la peau.

Le malade se réveilla sans peine, l'opération avait duré une vingtaine de minutes. Dans la soirée, il allait spontanément à la selle et une garde-robe copieuse témoignait de la brusque disparition de

l'occlusion paralytique. Dès lors, les vomissements ne reparurent pas, et l'état général s'améliora très vite. Il n'y avait pas de fièvre, le pouls était bon, les selles étaient régulières et le malade s'alimentait. La plaie abdominale se réunit sans incident. Pourtant si les accidents aigus étaient subitement tombés à la suite de l'intervention, ce n'était point là une guérison. Le malade était pâle et ne reprenait que lentement ses forces, il ressentait de temps en temps quelques douleurs dans le ventre; il avait notablement maigri.

Ce fut dans état, en somme assez inquiétant, qu'il sortit de l'hôpital le 1^{er} mars. Depuis, sa santé générale paraît en voie d'amélioration. L'appétit est excellent, les fonctions intestinales régulières, le ventre est souple, à peine sensible en quelques points.

Observation XVI

Péritonite tuberculeuse à début brusque simulant l'occlusion intestinale,
par QUÉNU. *Société de Chirurgie*, 23 novembre 1898.

Cette observation est relative à une dame d'une trentaine d'années que j'avais opérée, au mois de juillet 1895, pour une salpingite. Cette opération avait été extrêmement laborieuse et avait nécessité une double attaque par la voie abdomino-vaginale; il s'agissait de lésions anciennes, déjà sèches, non suppurées, extrêmement adhérentes; les trompes et les ovaires étaient perdus dans un magma d'adhérences les parois des trompes étaient très épaisses, comme fibroïdes; rien n'autorisait à supposer la nature tuberculeuse de ces lésions. L'opération fut suivie de guérison; mais vers la fin de septembre, je fus appelé par dépêche auprès de ma malade pour des accidents d'occlusion intestinale très menaçants: absence de gaz par l'anus depuis quatre jours, vomissements bilieux et fécaloïdes; pas d'élévation de la température, tableau complet. Je pensai à des adhérences intestinales au niveau d'une cicatrice intérieure et je pratiquai une incision

iliaque qui put à la fois me servir à l'exploration digitale et à l'établissement d'un anus contre nature.

Le péritoine ouvert, il s'écoula une assez grande quantité de liquide; le doigt introduit dans l'abdomen, je constatai que toute la séreuse était recouverte de granulations de différents volumes et manifestement tuberculeuses. Je refermai complètement le ventre et je bornai là mon intervention. Tous les accidents d'obstruction disparurent immédiatement. La malade succomba ultérieurement aux progrès de sa péritonite tuberculeuse.

IV. — Intoxications.

Observation XVII (INÉDITE)

Occlusion fonctionnelle dans un cas de colique de plomb, par le Dr CHASTENET DE GÉRY, chirurgien des Hôpitaux de Nantes.

Henri B..., 31 ans, manœuvre à Vallet (Loire-Inférieure), entre à l'Hôtel Dieu de Nantes, le 29 décembre 1911, pour y recevoir les soins pressants que nécessite l'occlusion intestinale dont il est atteint, selon le diagnostic porté par son médecin.

Je suis appelé à voir le malade comme chirurgien de garde. Il me raconte qu'après un mois de coliques plus ou moins pénibles, mais qui ne l'empêchaient pas de travailler, et de constipation de plus en plus opiniâtre, il a dû s'aliter le 22 décembre et recourir au médecin. Il éprouvait des douleurs abdominales intolérables et ne pouvait plus aller à la selle. Pas de vomissements, pas de fièvre. Une première purge d'huile de ricin lui fut administrée inutilement, puis à la suite de celle-ci et sans plus de succès, deux autres purges d'huile de ricin; une forte dose d'eau-de-vie allemande et de très nombreux lavements. L'arrêt des matières et des gaz est complet depuis le 21 décembre,

c'est-à-dire depuis huit jours. Cependant l'aspect et l'état général du malade cadrent mal avec l'idée d'une occlusion intestinale, du moins de cause mécanique.

Le faciès est bon et témoigne seulement d'une assez vive inquiétude. Le pouls est à peu près normal comme fréquence et comme qualité.

Le ventre n'est nullement ballonné et sans être rétracté paraît plutôt aplati. La paroi en est légèrement contractée et la palpation y détermine une douleur diffuse. Il n'y a jamais eu de vomissements.

De quoi s'agit-il ? La manière de répondre du malade, un certain habitus extérieur, puis la disparition du réflexe cornéen me font songer d'abord à un iléus hystérique. La mère qui est présente à l'examen contribue par les renseignements qu'elle me fournit à m'aiguiller dans cette voie ; le malade donne maintes preuves d'un nervosisme excessif ; il a uriné au lit jusqu'à neuf ans.

Cependant ce diagnostic ne me satisfait qu'à demi. Le ventre plat et dur est plutôt celui d'une colique de plomb, à laquelle ne fait guère penser la profession du malade, ouvrier dans une fabrique de machines agricoles. Il n'y a pas de cause d'intoxication saturnine dans tout ce qui touche à son alimentation. Mais le récit détaillé des besognes auxquelles il se livre dans son métier m'apprend qu'il est chargé assez souvent de peindre les machines qu'on fabrique dans son usine. Et je remarque d'autre part qu'il se ronge les ongles, ce qui a dû singulièrement faciliter son intoxication. D'ailleurs, il a un liseré de Burton, sinon très prononcé, du moins assez net par endroits. Il s'agit donc bien d'une occlusion fonctionnelle d'origine saturnine.

Je prescris d'abondantes entéroclyses avec de l'eau bouillie mélangée par tiers d'huile d'olive émulsionnée qui déterminent une petite selle quelques heures plus tard. Après cinq jours de traitement approprié à son état, le malade rentre chez lui guéri. Interrogé sur son état en juin 1912, il a répondu qu'il n'avait jamais été malade depuis sa sortie de l'hôpital.

Observation XVIII (INÉDITE)

Occlusion fonctionnelle dans une colique de plomb, par le Dr PASQUE-
REAU, chirurgien des Hôpitaux de Nantes.

Guill. J. . . , cultivateur, âgé de 36 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle 12, le 30 janv. 1909 pour y être opéré d'occlusion intestinale, tel est du moins le diagnostic porté sur sa feuille d'entrée.

Nous l'examinons quelques heures après son arrivée. Il nous raconte que, depuis deux mois, il souffre de coliques dans tout le ventre. Ces coliques, qui étaient intermittentes au début, se produisant tous les 2 ou 3 jours se sont depuis trois jours installées plus douloureuses et sans accalmie.

Depuis deux mois le malade allait difficilement à la selle, mais depuis trois jours l'arrêt des matières est complet, sans qu'il puisse nous dire s'il a émis de gaz. Il n'y a pas eu de vomissements.

A l'examen, le ventre n'est ni ballonné, ni retracté, mais il est partout dur et tous les muscles abdominaux sont contracturés. Le faciès est un peu tiré, mais la langue est humide et le pouls bien frappé est en concordance avec la température qui est normale. Le symptôme le plus saillant est la douleur excessive, spontanée, accentuée par la palpation et disséminée dans tout le ventre.

L'indication opératoire ne se posait pas d'urgence, le tableau de l'occlusion intestinale franche ne nous semblait pas complet. Un lavement électrique est prescrit. Il ramène quelques scybales. Influencé par l'avis de l'entourage et pensant que le résultat du lavement électrique était peut-être seulement l'évacuation du bout inférieur de l'intestin, nous décidons cependant d'opérer.

Sous chloroforme laparotomie médiane du pubis, à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic. Des anses grêles dilatées font irruption à travers la plaie. Je me porte vers le segment iléo-cœcal qui est

affaîssé. Remontant l'iléon, j'arrive sur une portion d'intestin grêle dilatée. Je l'exteriorise et constate que le bout du grêle affaîssé se continue avec celui qui est dilaté sans zone de structure ; il n'existe aucune adhérence péritonéale ou épiploïque, aucune torsion. Le simple fait de manipuler la portion dilatée semble rendre à la partie sous-jacente son élasticité et, dévidant l'intestin de haut en bas, je le vois se dilater avec gargouillement jusque et au-delà de la valvule iléo-cœcale.

Je referme la paroi sans drainage, les suites opératoires sont parfaites, le malade va à la selle quelques heures après l'opération.

Mais dix jours après l'intervention, le malade est repris de coliques comme précédemment. Purgatifs et lavements restent sans effet. Notre collègue et ami, le Dr Jalaber, vient examiner le malade. En serrant de très près l'interrogatoire où apprend que dans la famille, le père et un frère, plus un domestique, avaient éprouvé des coliques en même temps que le patient. Dans leur alimentation, rien ne peut être suspecté, si ce n'est du cidre que l'on consommait après un séjour plus ou moins prolongé dans des pots de grès. Avec notre collègue, nous concluons à une intoxication. Des pilules d'extrait de belladone sont prescrites. Les coliques s'atténuent puis disparaissent et le malade quitte l'hôpital 22 jours après l'intervention (22 février 1912).

Quatre jours après il est repris chez lui de coliques intenses qui cèdent à la même médication, puis tout rentre dans l'ordre et depuis trois ans, il jouit d'une santé parfaite.

CONCLUSIONS. — Il s'agit d'un cas d'occlusion spasmodique de l'intestin par intoxication saturnine, « les vases de grès étaient vernissés avec des sels à base de plomb. »

Observation XIX (INÉDITE)

Colique de plomb, syndrome d'occlusion intestinale, par le Dr Léon SOURDILLE, chirurgien des Hôpitaux de Nantes.

Le 31 août 1910, dans l'après-midi, on amène à la salle 12 de l'Hôtel

Dieu de Nantes, un malade, X..., âgé de 27 ans, plâtrier, qui se plaint de souffrir horriblement du ventre. Le billet d'entrée porte le diagnostic de péritonite aiguë probablement par appendicite. Le malade présente le faciès angoissé, le pouls est fort et bat à 80 environ, le thermomètre donne une température normale 36°8, le ventre ne présente pas de tympanisme, mais il y a constipation opiniâtre, aucun gaz n'est rendu par l'anus. Le malade a vomi une fois la veille de son entrée et une fois peu après son arrivée dans la salle ; le malade se plaignait de nausées et surtout d'une sensation intense d'anéantissement, ce qui lui a fait garder le lit. Il a toujours été jusqu'ici d'une santé parfaite et a fait son service militaire sans aucune maladie. On lui prescrit un traitement à la glace et à l'opium.

Le lendemain matin je le vois en faisant ma visite et je suis frappé de l'état satisfaisant de la température à 36°7 et de son pouls, battant 80 à la minute. En palpant le ventre, je ne provoque qu'une très légère réaction douloureuse, nullement localisée. Le ventre est très légèrement ballonné, sonore partout ; les gaz et les selles sont toujours complètement supprimés. La langue est rouge et sèche. Je mets en doute le diagnostic d'appendicite et penche plutôt pour l'idée d'une occlusion intestinale. Toutefois, en présence d'un état général relativement bon, je n'ose aller jusqu'à intervenir et je fais purger fortement le malade.

Le lendemain matin, j'apprends que la purge n'a produit aucun effet et que le malade n'a rendu aucun gaz. La faciès est un peu plus fatigué, mais les autres phénomènes n'ont varié en rien depuis la veille. Le ventre est toujours un peu douloureux. En présence de l'insuccès de la thérapeutique médicale, je décide de faire une laparotomie exploratrice, qui pourra devenir curatrice s'il y a lieu.

Le péritoine ouvert, je constate que l'intestin n'est nullement distendu, mais qu'au contraire il présente un aspect rubané tel qu'on ne le rencontre que dans l'inanition ou la colique de plomb (j'avais déjà vu un tel cas sur la table d'opération, à propos d'un malade non per-

sonnel). Je fis quelques rapides investigations et refermai sans drainer, persuadé qu'il s'agissait d'une intoxication par le plomb.

Mais quelle en était la cause ? Pendant plusieurs jours, je cherchai en vain, lorsque j'appris que la femme du malade était également alitée pour douleurs intestinales. En causant au malade, j'appris qu'il n'était marié que depuis six semaines. Ce fut pour moi un trait de lumière et j'arrivai facilement à trouver la cause de l'empoisonnement dans l'emploi d'ustensiles de ménage neufs, achetés à bon marché. Le régime lacté eût tôt fait de ramener les selles et le malade se remit rapidement ainsi que sa femme, soumise au même régime.

V. — Maladies toxémiques, dyscrasiques, infectieuses

Observation XX

Pseudo-occlusion intestinale urémique, par M. Paul DELBET, in *Presse médicale*, 1907, page 540.

Le 15 juin 1900, je suis appelé en consultation à Sèvres pour un malade atteint, au dire de son médecin, d'obstruction intestinale. Le malade, homme de 58 ans, ancien maçon, avec quelques excès alcooliques dans son passé, est soigné depuis plusieurs mois par notre confrère pour des maladies diverses : céphalalgie, dyspepsie, bronchites, mais surtout pour un amaigrissement progressif avec affaiblissement de l'état général. Le malade a de la pollakiurie sans hypertrophie prostatique et 70 centigrammes d'albumine par litre d'urine. On ne l'a pas mis au régime. Il y a quinze jours, le malade a été pris de constipation avec coliques sourdes. Des fomentations chaudes sur le ventre et deux prises d'huile de ricin n'ont amené aucune évacuation. Le ventre s'est légèrement ballonné. le malade a eu quelques vomissements. Cet état a duré cinq jours, puis à la suite de lavements glycérinés, quelques matières striées de sang ont été rendues. Pendant quatre jours, le

malade a eu ainsi des évacuations alvines légèrement sanglantes, mais jamais sans l'aide de lavements glycéринés. Il y a six jours, les évacuations se sont de nouveau arrêtées. Le ventre s'est peu à peu ballonné, les urines sont devenues plus rares, des vomissements sont apparus ; le malade rejette tout ce qu'on lui fait prendre. C'est dans ces conditions que je le trouve. Le malade est pâle, amaigri ; il a un léger œdème des malléoles ; le ventre est moyennement distendu, partout sonore, indolore sauf dans les fosses iliaques où la pression réveille une douleur sourde. On ne sent pas de tumeur, le rectum vide est perméable dans toute la portion accessible au doigt. La température est à 36°5, le pouls à 60. Certes, devant un pareil complexus symptomatique, on pouvait penser à des accidents urémiques ; mais outre que je croyais à cette époque la diarrhée, seule manifestation intestinale de l'urémie, je ne fus pas mis à ce moment au courant de l'histoire de la maladie avec la précision que lui donne aujourd'hui mon enquête rétrospective. Me basant sur l'âge du sujet, l'amaigrissement, les alternatives de constipation et de détente, les selles sanglantes, les douleurs des flancs, je portai le diagnostic de néoplasme sigmoïdien et proposai une intervention. L'intervention fut acceptée, le malade transporté aux Frères-Saint-Jean-de-Dieu fut mis à la diète hydrique.

Le lendemain matin, je me rends aux Frères-Saint-Jean-de-Dieu, j'apprends que le malade a eu dans la nuit plusieurs selles spontanées et a rendu des matières striées de sang. Buté au diagnostic de néoplasme, je n'en décide pas moins d'intervenir. Je fais une laparotomie médiane et trouve un intestin petit, manifestement rétracté. Je puis l'explorer entièrement en quelques instants et ne trouve aucun obstacle, ni néoplasme. Je referme le ventre. Le soir, le malade est parfaitement bien ; il n'y a aucune réaction générale, ni locale, mais les urines sont rares. Dans la nuit, le malade est pris d'agitation ; le lendemain il est prostré, puis tombe dans le coma et meurt quarante-huit heures après l'opération, n'ayant rendu que quelques grammes d'urine.

Observation XXI (INÉDITE)

Occlusion urémique simulant l'appendicite : par les Drs FAVREUL, chirurgien des Hôpitaux de Nantes, et ERTAUD, interne.

Mlle A... , Marie, 39 ans, fille publique, entre le 14 mars 1913, à la salle 15 *bis* de l'Hôtel-Dieu de Nantes, pour « bacilliose péritonéale », suivant le certificat de son médecin.

Ses antécédents pathologiques sont assez chargés. Il y a 10 ou 12 ans, cette malade avait fait un premier séjour à l'Hôtel-Dieu, salle 13, pour anémie. En 1906, elle y était revenue et fut alors opérée par le Dr Guilbaud d'une salpingite double (salpingectomie bilatérale) ; à partir de ce moment, les règles disparurent complètement.

Le 23 juillet 1909, elle revint salle 13, pour être soignée de la gale ; le 7 janvier 1910, elle fit un nouveau séjour dans cette salle : elle présentait à ce moment une éruption syphilitique à différents degrés : macules roséoliques et syphilides papulo-lenticulaires avec collerette de Bielt. Elle est traitée par des injections intra-musculaires de biiodure.

Enfin, elle est amenée à l'Hôtel-Dieu, le 14 mars 1913, pour l'affection qui nous occupe.

Elle raconte que le lundi 10 mars, elle a ressenti une violente douleur abdominale ; douleur subite, lancinante, irradiée dans tout le ventre, mais cependant avec maximum dans le flanc droit, au voisinage de la ligne ilio-ombilicale. Cette douleur s'accompagna de fièvre, de maux de tête et de suppression des selles et des gaz.

Le 11 mars, la douleur est toujours aussi vive avec la même localisation et en plus des vomissements séreux et bilieux ; toujours pas de selles, pas de gaz.

Le 12 mars, la douleur qui s'est un peu calmée, présente une nouvelle exacerbation passagère ; l'état s'aggrave peu à peu ; les phénomènes douloureux, ainsi que l'occlusion, prédominent surtout.

Enfin le 14 mars, vers 11 heures du matin, on l'amène à l'Hôtel Dieu. En plus de ses antécédents, la malade avoue un alcoolisme assez accentué et déclare que depuis quelques semaines, elle souffre en urinant et urine très souvent.

A son arrivée, salle 15 bis, la température est à 40°, le pouls à 120, le faciès est grippé, le nez pincé, la langue sèche et saburrale est légèrement rôtie. Le ventre est peu ballonné, bien que la malade affirme ne pas avoir été à la selle, ni avoir rendu de gaz, depuis le lundi 10 (nous sommes au vendredi 14).

Le ventre est douloureux à la palpation, même légère ; il est assez facilement déprimable du côté gauche, mais dans la fosse iliaque droite, il est presque de bois et on provoque une douleur exquise au point de Mac Burney.

On pense à une occlusion paralytique de l'intestin due probablement à une péritonite appendiculaire.

Opération vers 3 heures de l'après-midi. Incision de Jalaguier. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule un peu de sérosité, pas de pus. Le cœcum se présente aussitôt, il est attiré ainsi que l'appendice qui n'est ni coudé, ni vascularisé, ni adhérent, ni rétréci. Il paraît absolument sain. Ablation facile, enfouissement du moignon.

Le doigt introduit dans l'abdomen, ne rencontre ni bride, ni masse pouvant expliquer l'occlusion. L'intestin grêle, un peu plus vasculaire qu'à l'état normal, n'est pas distendu, il est plutôt légèrement rétracté ; aucune fausse membrane, pas de trace de réaction péritonéale.

Fermeture sans drainage, le soir température 39°4.

15 mars. — Le lendemain, les vomissements réapparaissent. Du côté du ventre pas de ballonnement, diminution considérable de la douleur, apparition d'un ictère assez marqué du côté des conjonctives ; langue sèche et rôtie, toujours ni selles, ni gaz. Les urines recueillies sont en petite quantité, elles sont troubles, rouges et contiennent un peu d'albumine.

Température 37°4, pouls 90 le matin, le soir température 38°.

16 mars. — Purgation d'huile de ricin, 30 grammes, qui est vomie; deux heures après, lavement glycérimé qui provoque une légère évacuation de matières recouvertes de glaires. Température, matin 37°, soir 37°2.

17-18 mars. — Les deux jours suivants, état somnolent persistant, ventre souple et pas douloureux. L'ictère semble régresser un peu, mais la paralysie intestinale persiste toujours. Urines des 24 heures: 60 grammes.

Températures: le 17, 36°2 le matin, 36°8 le soir.

le 18, 37° le matin, 37° le soir.

19 mars. — Etat demi-comateux, ictère moins marqué; à la suite d'un lavement glycérimé, selles liquides assez abondantes qui ne présentent rien de particulier. Température matin et soir 37°4, pouls à 90, hypertendu.

Saignée de 300 grammes.

20 mars. — Etat stationnaire. Température 37°8 le matin, 37° le soir. 900 gramme d'urines en 24 heures qui furent analysées par M. Veillon, professeur suppléant de chimie.

Volume d'urine émis en 24 heures, 900 cc.

Réaction..... acide.

Densité à 14°..... 1012.

Couleur jaune foncé, aspect trouble, odeur fétide.

Par litre Par 24 heures

Chlorures (en NaCl)... 2gr.98 2gr.685

Phosphates (en P² O⁵) 0 . 46 0 42

Urée..... 5 93 5 34

Albumine..... 2 1 80

Sucres..... Néant.

Indican..... Supérieur à la normale.

Urobiline d°

Pigments biliaires... Néant.

Lavement glycériné qui produit un effet insignifiant.

21 mars. — L'ictère a presque disparu, mais la malade est dans un coma complet. Température 37° le matin, pouls à 120, hypertendu, 37°2 le soir.

Nouvelle saignée de 350 grammes. M. Veillon dose l'urée et trouve 2 gr. 142 par litre de sérum.

Urine des 24 heures, 1000 grammes.

22 mars. — Le coma est toujours complet, la malade urine sous elle. Température 38° le matin, 38°2 le soir; elle est de plus en plus dysnétique et meurt le dimanche 23 dans la soirée, c'est-à-dire neuf jours après son opération.

Autopsie le 24 mars 1913. — A l'ouverture de l'abdomen, aucune trace de péritonite, gros intestin un peu dilaté, intestin grêle plutôt rétracté, de coloration normale. Pas de bride, pas de coudure, pas trace de granulations. Foie, petit jaune.

Rein gauche, gros, violacé, mou, ayant sur son bord externe un tubercule ramolli; le bassinnet contient du pus. Le rein droit de même volume, présente une légère hémorrhagie au pôle supérieur, substance médullaire et corticale bien différenciées, autrement rien d'anormal. Les poumons n'ont malheureusement pas été examinés.

L'examen histologique des reins et du foie pratiqué par le Dr Castagnary, médecin des Hôpitaux, chef de travaux d'histologie, montre les lésions suivantes :

« Les reins présentent des altérations multiples de néphrite diffuse; quelques glomérules ont une capsule de Bowman épaissie; de nombreux tubes contournés ont leurs cellules abrasées et surbaissées et présentent dans leur lumière des cylindres. A noter une infiltration lymphocytaire considérable dans certains points de la coupe, étouffant les tubes contournés. Sur les coupes, au violet de Paris, on voit de la dégénérescence amyloïde frappant quelques glomérules et les tubes droits.

En somme, néphrite diffuse subaiguë avec points amyloïdes.

Au niveau du foie, on trouve :

1^o Des lésions cirrhotiques intenses au niveau de la veine porte et des veines sus-hépatiques ; le tissu scléreux dissocie les travées de Remak ;

2^o Des lésions de la cellule hépathique : dégénérescence graisseuse considérable, à côté de ces îlots graisseux, on trouve des cellules saines et hypertrophiées par compensation.

Cirrhose biveineuse du foie avec dégénérescence graisseuse. »

Observation XXII (INÉDITE)

Cirrhose atrophique. — Syndrôme d'occlusion intestinale. — Laparotomie. — Guérison par le Dr LÉON SOURDILLE, chirurgien des Hôpitaux de Nantes.

Le 2 août 1912, je suis appelé d'urgence pour voir dans les environs Monsieur X. ., âgé de 48 ans, entrepreneur, qui serait atteint d'occlusion intestinale depuis près de huit jours. Cet homme grand buveur de vin blanc et qui présentait antérieurement les signes d'une cirrhose hépatique à son début a été pris brusquement d'une constipation opiniâtre et très vite les gaz ont cessé d'être rendus par l'anus. Une première purgation n'a été suivie d'aucun effet ; le deuxième jour, on administre un lavement purgatif, à la suite duquel le malade a rendu une petite quantité de matières. Le troisième jour, nouvelle purgation et nouveau lavement sans succès. Le malade est pris de vomissements bilieux malgré la diète. Ces mêmes manœuvres sont répétées encore les deux jours suivants, toujours inutilement. Le septième jour l'état du malade s'étant aggravé et le ballonnement du ventre, chez cet homme déjà obèse, étant devenu très considérable, les médecins traitants font venir un spécialiste qui administre un lavement électrique avec un courant d'assez forte intensité ; mais

le malade continu à vomir, sans avoir ni gaz, ni selles. Le pouls qui s'était maintenu longtemps normal, tant à s'accélérer d'une façon facheuse et c'est sur ces entrefaites, que je suis appelé à voir le malade à neuf heures du soir.

Celui-ci très obèse présente les symptômes d'une intoxication avancée. Le faciès est livide, anxieux, les mouvements respiratoires pressés sont courts et saccadés, le pouls bat à 130, la température est à 36° 5. Le ventre paraît un peu douloureux, distendu, la sonorité est tympanique, on ne peut percevoir de matité hépatique, mais par contre la percussion dans les deux flancs décèle la présence d'une certaine quantité de liquide. Pendant mon examen, le malade vomit des matières nettement fécaloïdes.

Le diagnostic d'occlusion intestinale me paraît évident, et tout en faisant des réserves sur le succès d'une intervention, par suite de l'état de shock déjà alarmant, je pratique aussitôt une laparotomie. Pendant l'anesthésie, le malade vomit à deux reprises, ce qui ne laisse pas de m'inquiéter beaucoup. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule une certaine quantité de liquide ascitique citrin. L'anse intestinale la plus proche apparaît d'aspect absolument normal. Et mes investigations me permettent de confirmer qu'il en est de même pour tout l'ensemble de l'intestin. Pas d'anse aplatie, pas d'anse distendue. Devant le doute exprimé par les médecins présents sur mon affirmation qu'il n'y a pas d'obstacle mécanique, je palpe l'intestin depuis le pylore jusqu'au rectum en ayant soin de réintégrer les anses intestinales, aussitôt que je les ai sorties de l'abdomen. Mais, aucun doute n'est possible et je referme le ventre par deux plans de suture, l'un péritonéal, l'autre prenant en masse les aponévroses et les téguments sans drainage.

Le malade était très fatigué, je lui fais injecter coup sur coup de l'huile camphrée, de l'éther et du sérum chaud en grande quantité. La nuit se passe tant bien que mal, le malade est agité et vomit. Le lendemain matin, il absorbe de l'huile de ricin par cuillerées à café.

et à midi une première selle, avec beaucoup de gaz, manifeste le commencement d'une amélioration relative.

Soutenu par de nouvelles injections d'huile camphrée et de sérum artificiel, le malade reprend quelque vigueur et a de nouvelles selles liquides. Mais au bout de 36 heures apparaît un ictère prononcé qui envahit rapidement toute la surface du corps; traitement par des doses minimales de calomel et diète hydrique presque absolue.

Quelques jours après, on constate une nappe séro-purulante sous la peau, au niveau de l'incision opératoire, elle est évacuée avec pansements humides consécutifs, la convalescence suit son cours, lorsque, au bout d'une dizaine de jours une analyse d'urine pratiquée révèle la présence de flots d'albumine. Le régime redouble de sévérité, le malade, bien qu'amélioré ne reprend guère vite, et son état reste en somme assez précaire. Trois semaines après l'intervention, nouvelle analyse d'urine, l'albuminurie est très diminuée, mais à la grande surprise des médecins, on constate que l'urine renferme plus de cent grammes de sucre par litre, (300 gr. par 24 heures). L'ictère, d'autre part, est en décroissance. Le lait est supprimé et le malade mis aux bouillons de légumes et à l'eau. Peu à peu, le sucre diminue et le malade commence à se lever.

À l'heure actuelle, (3 octobre), le malade s'améliore de jour en jour, la plaie est complètement cicatrisée, les selles n'ont pas cessé d'être normales. Toutefois, il continue à suivre un traitement approprié, destiné à combattre à la fois sa cirrhose, son albuminurie et sa glycosurie.

Observation XXIII (INÉDITE)

Occlusion paralytique de l'intestin survenue chez une névropathe dans le décours d'une pneumonie; par le Dr CHASTENET DE GÉRY, chirurgien des Hôpitaux de Nantes.

Le 4 mai 1910, je suis appelé d'urgence par le Dr Burgaud, de Beau-

voir-sur-Mer, près d'une jeune femme de Bouin (Vendée), atteinte d'occlusion intestinale dans le décours d'une pneumonie.

La malade est une femme de 37 ans, ménagère. Ses antécédents n'offrent d'intéressant que les troubles mentaux qu'elle a présentés à deux reprises en 1903 et 1907, cette seconde fois à la suite d'un accouchement et qui ont nécessité son internement passager à l'asile de la Roche-sur-Yon.

Le Dr Burgaud, dont elle réclame les soins le 22 avril 1910, constate qu'elle est atteinte d'une pneumonie gauche typique; la maladie évolue d'abord d'une façon satisfaisante. La température au bout d'une semaine est redescendue à 37°5, les lésions pulmonaires rétrocedent quand se produit une paralysie intestinale que ne peuvent vaincre ni les purgatifs, ni les lavements, et qui s'accompagne bientôt de vomissements répétés. Au moment où j'examine la malade, l'arrêt des matières est complet depuis au moins quatre jours, mais quelques gaz ont été rendus, paraît-il, la veille et le matin même. Le ventre est extrêmement ballonné et tendu, partout sonore et peu douloureux. La température est encore un peu au-dessus de la normale, le pouls rapide à 120 est d'assez bonne qualité.

Mais la dépression générale et la fatigue paraissent considérables. Je me décide à faire un anus cœcal sous l'anesthésie locale.

OPÉRATION. — Je suis aidé par mon confrère Burgaud; après désinfection de la paroi à l'éther et à la teinture d'iode, j'injecte une solution de stovaïne à 1/200 et je pratique une incision oblique à un travers de doigt de l'épine iliaque. La peau et les muscles ayant été divisés, je tombe directement sur le cœcum sans avoir vu le péritoine. Cette disposition résulte soit d'une anomalie de la séreuse, soit, ce qui semble moins probable, d'une fusion inflammatoire ancienne de ses deux feuilletts. Quoi qu'il en soit, le cœcum est ouvert et il en sort avec une abondance extraordinaire des matières jaunâtres et très liquides. Les bords de l'incision sont fixés aux muscles et à la peau.

Les suites opératoires ont été très heureuses et tout à fait intéressantes.

La température remonte après l'intervention pendant quelques jours, puis elle redescend à la normale. L'anus artificiel fonctionne très bien, mais il ne passe rien par l'anus naturel et la vessie est complètement paralysée depuis l'opération, ce qui nécessite des sondages réguliers.

Vers la fin de juin, près de deux mois après le début de l'occlusion, la paralysie intestinale et viscérale disparaît brusquement: un jour au cours d'un sondage pratiqué par son mari, la malade a une contraction brusque de la vessie qui chasse la sonde, elle continue d'uriner spontanément et une heure après elle va à la selle par les voies naturelles. A partir de ce moment les selles s'effectuent normalement, il ne passe plus une seule fois de matières par l'anus iliaque. Celui-ci se rétrécit rapidement; les compresses de pansement ne sont plus tachées que par quelques gouttes de sérosité.

La malade vient me voir le 15 juillet; elle a beaucoup engraisé et présente un état général excellent; elle a trois selles par jour. L'anus ne se montre que comme un petit trajet fistuleux admettant tout juste un stylet. Son orifice qui siège au centre d'une zone fortement pigmentée n'est nullement infundibuliforme, mais se trouve de plein pied avec la peau voisine.

Je fais entrer la malade à l'Hôpital pour fermer chirurgicalement cette fistule si la guérison ne semble pas devoir se faire spontanément. Mais en quelques jours, sous l'effet des attouchements iodés, la cicatrisation est complète; le 25 mai 1912 les nouvelles que m'envoie le Dr Burgaud de mon ancienne opérée sont excellentes. Elle ne présente aucun trouble de la santé depuis juillet 1910.

CONCLUSIONS

1° L'iléus fonctionnel est celui dans lequel l'arrêt des matières est uniquement déterminé par un trouble du péristaltisme intestinal.

2° Ce péristaltisme est sûrement sous la dépendance du système nerveux dont les parties les plus importantes ici sont : d'une part, le plexus myentérique, qui forme un centre reflexe autonome, et d'autre part les pneumogastriques et les splanchniques, les premiers plutôt excitateurs, les seconds plutôt inhibiteurs, mais pouvant tous deux occasionnellement changer de fonction. En outre, il est probable que la tunique musculaire de l'intestin est soumise à l'action d'un hormon qui semble se former dans le duodénum et s'accumuler dans la rate.

Il n'est pas encore possible de définir la part exacte qui revient à chacun de ces éléments dans la détermination de toutes les occlusions fonctionnelles, mais on sait qu'ils agissent soit en suspendant complètement la contraction musculaire, soit en lui donnant une forme tétanique, soit, le plus souvent, en déterminant à la fois en des points différents la paralysie et le spasme.

3° Ce qui frappe dans l'étiologie de l'iléus fonctionnel, c'est l'extrême variété des causes qu'il est impossible d'énumérer ici. Les maladies de l'abdomen, qu'elles soient traumatiques

dans le sens le plus large du mot, ou inflammatoires, en sont les causes les plus fréquentes.

4° Les symptômes qui caractérisent l'iléus en général se rencontrent aussi bien dans l'occlusion mécanique que dans l'occlusion fonctionnelle : l'arrêt des matières se traduisant, quelle qu'en soit la cause, par un ensemble symptomatique univoque. Cependant, une étude attentive permet souvent de différencier l'une et l'autre occlusion. Il peut, en effet, exister des nuances de détail, des indices dans le mode de début, dans l'évolution, dans les symptômes, dans l'état général qui permettent de les distinguer. En outre, la cause qui a produit l'occlusion fonctionnelle ajoute quelquefois, au tableau clinique, des symptômes qui lui sont propres, qui se surajoutent aux autres et qui aident au diagnostic.

5° Les iléus fonctionnels n'ont pas un pronostic fatalement bénin. Si leur gravité est généralement moindre que celle de l'occlusion mécanique, bien souvent l'issue en a été fatale.

6° C'est l'état général du malade qui doit nous guider dans le choix des divers traitements dont nous disposons ; mais, si le diagnostic de la cause fonctionnelle a été fait, il joue également un rôle énorme dans la conduite à tenir.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE ET DUBOURG. — Etranglement herniaire d'une trompe de Fallope. *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux* ; 10 juillet 1899.
- ADAMS. — Iléus paralytique à la suite de fractures de côtes. *Annals of Surgery*, t. LI, n° 1, janvier 1910 et *Semaine médicale*, n° 7, 16 fév. 1910, p. 81.
- ADÉNOT. — Contribution à l'étude des occlusions intestinales après les laparotomies. *Gaz. heb.* n° 11, 16 mars 1895.
- Des occlusions intestinales post-opératoires. *Revue de chirurgie*, t. XVI, janvier 1896, p. 14.
- ADJAROFF, STOIANOFF, SOUBBOTITCH, SLAGMER. -- Sur l'iléus. 1^{er} Congrès jougo-slave de médecine opératoire, Belgrade, 5-7 septembre 1911.
- ALBARRAN ET CAUSSADE. — Appendicite avec occlusion intestinale aiguë. *Presse médicale* n° 61, 23 juillet 1898, p. 37.
- ALDIBERT. — De la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse (étudiée plus spécialement chez l'enfant). *Thèse Paris*, 1891-1892.
- ALIBERT. — *France Médicale*, 1897.
- ANDRÉ. — Les névroses de l'intestin. *Gaz. heb. de méd. et de chirurgie*, n° 51, 17 déc. 1892, p. 603.

- ARNAUD (L.). — L'Hormon péristaltique. *Lyon chirurgical*, t. VI, n° 5, 1^{er} nov., 1911, p. 523.
- ASHE. — Notes on a case of enterospasm. *Brit. med. Journ*, 2 mars 1907, p. 483.
- ASHURST. — Obstruction intestinale. *Encyclopédie internat. de chirurgie*, Paris 1886, t. VI, p. 571.
- AUDRY. — Laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. *Lyon médical*, 1887.
- AXENFELD. — *Traité des névroses*, p. 1020.
- BABITZKI. — La forme aseptique de la pancréatite aiguë dite « hémorragique » ; quelques remarques sur la pseudo-péritonite et le pseudo-iléus. *Arciv. für Klinische chirurgie*, t. XCVII, 9 janvier 1912.
- BAER. — Un cas d'appendicite aiguë avec iléus. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. XXXVIII, n° 5, 1^{er} février 1912.
- BAILLET. — Sur une observation du D^r Baillet, intitulée : Paralysie stomacale et occlusion duodénale (rapport par M. Reynier). *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, t. XXXV, 1909 (séance du 10 février), p. 191, et *Progrès médical* n° 8, 20 fév. 1909, p. 106.
- BANTEIGNE. — De l'occlusion intestinale dans la péritonite tuberculeuse. *Thèse Paris*, 1903, n° 119.
- BARIETY. — Des hernies de l'appendice cæcal compliquées d'appendicite. *Thèse Paris*, 1894-1895, n° 276.
- BARILLON. — Contribution à l'étude de l'urémie digestive. *Thèse de Paris*. 1897-1898, n° 68.
- BAROZZI. — Torsion spontanée du cordon spermatique. *Bull. et mém. de la Soc. Anat. de Paris*, 5^e série, t. XII (18 fév. 1898), p. 188.
- BARTH. — Thrombose spontanée de la veine porte et de ses racines

périphériques, lésions consécutives graves d'un anse d'intestin, pseudo-étrangl. et péritonite aiguë promptement mortelle. *Bulletins et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, t. XIV, 3^e série (séance 22 octobre) 1897, p. 1189.

BAUBY. — L'occlusion intestinale, *Paris* 1898.

BAZY. — Discussion sur l'occlusion intestinale. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, t. XXIII, 1897 (séance du 6 oct.), p. 589.

BECHTEREW ET MISLAWSKI. — Sur l'innervation centrale périphérique de l'intestin. *Revue des Sciences médicales de Hayem*, t. XXXV, 1890, p. 438.

BELIN ET DELHERM. — Un cas de colique de plomb guéri par le lavement électrique. *Bull. et mém. de la Société méd. des hôp. de Paris*, t. XX, 3^e série (séance 15 mai 1903), p. 532.

BELL. — Appendicite perforante ; thrombose veineuse ; paratyphoïde ; occlusion intestinale. *The Montréal medical journal* n° 3, mars 1909.

BÉNARD. — Obstruction intestinale de nature hystérique guérie par suggestion hypnotique. *Rev. de l'hypnotisme et de la psychologie patholog.*, t. VI, 1892, p. 361.

BERG. — Thrombose mésentérique avec gangrène de l'intestin. *Académie de médecine de New-York, section de chirurgie*, 2 avril 1909.

BERGER (P.). — Appendicite perforante ; péritonite purulente généralisée ; symptômes d'étranglement interne. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, t. XVI, 1890 (séance du 15 oct.), p. 612.

BERNAL. — *Bull. et mém. de la Soc. de méd. de Nice*, XXXIV^e année, déc. 1911, n° 8, p. 39, et XXXV^e année, j. nv, 1912, n° 1, p. 20.

- BERNARD (CLAUDE). — Influence du sympathique sur les mouvements de l'intestin. *Leçons sur le système nerveux*, I, p. 359.
- BERNARD (H.). — Paralysie de l'intestin. *Gaz. des Hôpitaux de Paris* n° 72, 25 juin 1898, p. 673.
- Tympanite hystérique et neurasthénique. *Gaz. hebdomadaire*, n° 20 ; 11 mars 1900, p. 229.
- Etude clinique sur la colique de plomb. *Thèse Paris*, 1900-1901, n° 272.
- BESNIER. — Etude sur le diagnostic et le traitement de l'occlusion dans la cavité de l'abdomen. *Thèse Paris*, 1854.
- BEYAERT. — Les Hernies de la trompe sans l'ovaire. *Thèse Lille*, 1905-1906 : n° 14.
- BION. — Contribution à l'étude de l'hormon péristaltique, *Thèse Paris*, 1911-12.
- BLANCHET. — Contribution à l'étude de l'urémie gastro-intestinale. L'urémie occlusive. *Thèse Paris*, 1910-1911, p. 395.
- BOAS (J.). — Diagnostik und Therapie der Darmkrankheiten, 2^e édition, Leipzig, 1901, p. 570.
- BOISSIÈRE (DE). — Le lavement électrique dans l'obstruction intestinale. *Archives médico-chirurgicales de Normandie*, t. II, n° 5, 1911 ; 15 mars, p. 105 et suiv. et *Presse méd.*, n° 54, 1911, 8 juillet, p. 576.
- BONAMY. — Ectoqie testiculaire et phénomènes d'étranglement par torsion du cordon. *Bull. et mém. Soc. Anat.* 6^e série, t. III, 1901 (séance du 12 juillet), p. 471, et *Annales des maladies des organes génitaux urinaires*, t. XX, 1902, p. 1149.
- BONATI. — Iléus guéri par des moyens mécaniques. *Arch. gén. de méd.*, t. VII, 1835, p. 129.
- BONNET. — Contribution à l'étude des névrites périphériques infectieuses aiguës. *Thèse Lyon*, 1892-1893, n° 776.

BORCHARDT. — Communication au XL^e Congrès allemand de chirurgie, avril 1911.

BORCHEFONTAINE. — Effets de l'excitation du cerveau. *Arch. de Phys.*, 1876.

BOUCLY. — Des lésions intestinales consécutives à la thrombose de la veine porte, de ses branches d'origine. *Thèse Paris*, 1894-1895, n^o 5.

BOUGLÉ. — Appendicite chronique et occlusion intestinale aiguë. *Gaz. des Hôp. Paris*, n^o 83, 24 juillet 1900, p. 837.

BOIFFIN. — Contusion de l'abdomen; septicémie intestino-péritonéale. Indications opératoires. VII^e Congrès français de chirurgie, 1893 (séance 3 avril), p. 323.

BOUISSON. — Tribut à la chirurgie, t. II, 1861, p. 453.

BOUSQUET. — Des néoplasmes tolères du gros intestin et de leur rôle dans l'obstruction intestinale aiguë. *Semaine médicale*, n^o 43, 26 oct. 1904, p. 343, et XVII^e Congrès français de chir., 1904 (séance 19 octobre), p. 518.

BRIANCON. — Hernies de l'appendice. *Th. Paris*, 1896-1897, n^o 289.

BRIGUET. — Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. Paris, 1859, p. 315.

BROCA. — Deux cas d'occlusion intestinale, par le M. le D^r Legueu. Rapport de M. Broca. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, t. XXIII, 1897, (Séance du 23 juin), p. 498.

— Discussion sur l'occlusion intestinale. *Bull. et mém. Soc. Chir. Paris*, t. XXIII, 1897, (Séance du 10 novembre), p. 680.

— Traitement de l'occlusion intestinale. *Gaz. des Hôpitaux*, 13 nov. 1897, n^o 130, p. 1267.

BRUNET. — Essai sur une forme spéciale d'épiploite chronique et sur la torsion de l'épiploon. *Th. Paris*, 1899-00, n^o 600.

BUCCOLINI. — Sur un kyste de l'ovaire à pédicule tordu ayant simulé une occlusion intestinale. *Gazetta degli ospedali e delle Cliniche*, n° 66, 3 juin 1909.

BUCHANAN. — Accidents d'occlusion intestinale. Laparotomie. On ne trouve pas d'obstacle au cours des matières. Soulagement immédiat, guérison. *The Lancet*, 10 juin 1871 et *Archiv. de méd.*, VI^e série, t. XIX, 1872, p. 93.

BULTEAU. — De l'occlusion intestinale au point de vue du diagnostic et du traitement. *Th. Paris*, 1878, t. V, n° 427 bis.

BRUNCH. — Sur une observation d'ectopie testiculaire suivie de sphacèle du testicule par torsion du cordon. Rapport de Rottier. *Bull. et mém. Soc. Chir. de Paris*, t. XXXIV, 1908 (Séance du 27 mai), p. 721.

BUNGE. — L'occlusion post-opératoire par spasme de l'intestin. Communication au XXXVII^e Congrès allemand de Chir. Berlin, avril 1908; In *Centralblatt für Chirurgie*, 1908, n° 35, 29 août, p. 136 et 138 et *Journal de Chir.*, t. I, n° 7, 15 octobre 1908, p. 739.

BURGESS. — Un cas de thrombose de la veine mésentérique supérieure. *The Dublin journal of medical science*, t. CXXXI, n° 470, février 1911, p. 114-122; *Analy. in Journal de Chirurgie*, t. VI, n° 4, 15 avril 1911, p. 383.

CABARET. — Hernie crurale de l'appendice cœcal, *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, 1^{er} semestre, 1842, n° 2, août, p. 54.

CAHIER. — Les occlusions aiguës de l'intestin. *Collect. Charcot-Debove*, Paris, 1896, p. 118.

— Des occlusions aiguës de l'intestin grêle et de leur différenciation avec les appendicites. *Revue de Chir.*, t. XXVII, janvier 1903, p. 28.

- CALLENDER. — *S^t Barth. Hosp. Reports*, t. IV, 1868, p. 243.
- CAMICHEL. — Contribution à la séméiologie de l'occlusion intestinale par étranglement. *Th. Lyon*, n° 784, 1892-1893.
- CAPETTE. — Hernie épiploïque étranglée. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 6^e série, t. V, 1903 (Séance du 26 juin), p. 539.
- CASTAIGNE ET GOURAUD. — Le lavement électrique : pratique, indications, résultats. *Journ. méd. français*, n° 4, 15 avril 1911.
- CAZIN ET GROS. — De la leucocytose dans l'appendicite. *Semaine méd.*, n° 18, 6 mai 1903, p. 141.
- CÉLOS. — Sur le diagnostic d'urgence chez l'adulte des maladies de l'abdomen qui se traduisent par le syndrome péritonéo-abdominal. *Th. Paris*, 1901-1902.
- CESTAN. — Les erreurs de diagnostic de l'appendicite. Toulouse, 1900.
- Appendicite et occlusion intestinale. *Gaz. des Hôpitaux*, n° 10, 24 janvier 1901, p. 85.
- CHASSAGNAC. — Des sacs herniaires déshabités et des accidents d'étranglement auxquels ils donnent lieu. *Rev. médico-chir.*, t. XVII, 1855, mai, p. 281.
- CHAUVEAU. — Péritonite typhique. *Th. Paris*, 1906-1907, n° 374.
- CHEINISSE. — L'iléus spasmodique et l'entéro-spasme chronique. *Semaine méd.*, n° 26, 29 juin 1910, p. 301.
- CHERCHEVSKY. — Contribution à la pathologie des névroses intestinales. *Rev. de méd.*, octobre et déc. 1883.
- CHEVALIER. — De la pseudo-occlusion intestinale au point de vue de l'étiologie, du diagnostic et du traitement. *Th. Bordeaux*, 1883.
- CHIPAULT. — Hernie para-inguinale étranglée. Mort. Autopsie. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, janvier 1889, p. 67.

- CHOUET. — Iléus consécutif à un traumatisme du ventre sans obstruction intestinale. Guérison par l'électricité. *Centralblatt für Chir.*, 1878, p. 597 et *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 1^{er} mars 1878.
- CHRISTIAENS. — Occlusion intestinale aux cours des péritonites tuberculeuses. *Th. Lille*, 1896-1897, n° 9.
- CHROUSTCHOFF. — De l'iléus post-appendiculaire. *Soc. des Chir. Russes de Moscou*, 4 octobre 1910.
- CODMAN. — Un cas de thrombose mésentérique, résection intestinale, anastomose bout à bout ; guérison. *The Boston medical et surgical journal*, t. CLXII, n° 11, 17 mars 1910, p. 355 à 357 et *Journal de Chir.*, t. IV, n° 5, 15 mai 1910, p. 545.
- COMTE. — Traitement de l'occlusion intestinale. *Semaine médicale*, 1895, n° 14, 16 mars, p. 109.
- Diagnostic et traitement de l'occlusion intestinale. *Revue méd. de la Suisse rom.*, avril 1892.
- COSSIN. — De la torsion du cordon spermatique avec gangrène consécutive du testicule. *Th. Paris*, 1893-94, n° 362.
- CRUVEILHIER. — Obstruction intestinale par calcul biliaire. *Revue Chir.*, juillet 1885, p. 596.
- CURLING. — Traité des maladies du testicule, page 39.
- DAURIGNAC. — Des occlusions intestinales consécutives aux opérations de laparotomie. *Th. Toulouse*, 1894-1895, n° 90.
- DAX. — Deux cas d'iléus hystérique. *Beitrag Zur Klinischen chirurgie*, t. LXX, 10 octobre 1910 et *Bull. méd.*, n° 99, 14 décembre 1910, p. 1139.
- DEBOVE. — Pseudo-étranglement interne d'origine névropathique. *Presse médicale*, n° 94, 22 novembre 1902, page 1119.
- DECOUX. — Tumeur inguinale prise pour une hernie. *Bull. de la Soc. Anat.*, 1837, t. III, p. 260.

- DEFAUT. — Contribution à l'étude clinique du pincement latéral de l'intestin avec persistance du cours des matières. *Th. Paris*, 1879, n° 239, t. X.
- DEFONTAINE. — Accidents de la torsion du cordon testiculaire. Bistournage chez l'homme. *Archiv. prov. de Chir.*, t. III, 1894, n° 3, mars, p. 141.
- DELASIAUVE. — Ectopie, torsion du cordon, gangrène du testicule. *Rev. méd. fr. et étrangère*, 1840, p. 363.
- DELBET. — La pseudo-occlusion urémique. *Presse médicale*, n° 68, 24 août 1907, p. 540.
- DEMMLER. — Un cas d'occlusion intestinale aiguë liée à une entérite produite par un exanthème scarlatineux. Guérison. *Progrès médical*, n° 50, 13 déc. 1890, p. 475.
- DEMONS. — Gangrène de l'épiploon par torsion sur lui-même. *Congrès de Pau* (section de Chir.), du 17 au 22 sept. 1892; in *Revue de Chir.*, t. XIII, 1893, février, p. 159.
- Du coprome ou scatome infantile. *X^e Congrès français de Chir.*, (Séance du 19 oct.) Paris, 1896, p. 48.
- Contribution à l'étude des contusions de l'abdomen. *X^e Congrès français de Chir.*, (Séance du 21 octobre 1896), p. 439.
- DENARIE. — Considérations sur la paralysie intestinale. *Th. Paris*, 1869.
- DENIS. — Notice sur un cas de paraplégie par suite de compression de la moëlle rachidienne, avec atrophie de la moitié inférieure du corps et occlusion des voies intestinales urinaires et sexuelles. *Arch. générales de médecine*, t. IV, 1824, p. 562.
- DENKS. — Communication au XL^e Congrès allemand de chirurgie, 19-22 avril 1911.
- DESCŒUDRES (E.). — Les ascarides comme cause d'iléus. Contribution à l'étude de l'iléus spasmodique. *Soc. méd. neuchateloise*,

10 juin 1909; in *Revue médicale de la Suisse romande*, t. xxix, n° 12, 20 décembre 1909, p. 870 et *Presse médicale*, n° 1, 1^{er} janvier 1910, p. 6.

DESGOUTTES. — Grossesse abdominale fissurée simulant une occlusion intestinale. *Soc. de chir. de Lyon* (9 mars 1911); in *Lyon chirurgical*, t. v, n° 6, 1^{er} juin 1911, p. 644.

DESNOS. — Deux observations d'étranglement intestinal nerveux au cours de colique néphrétique. *Union médicale*, III^e série, t. 43 (5 avril 1887), p. 535.

— Sur un cas de défécation par la bouche. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, III^e série, t. viii, 1891 (séance du 27 nov.), p. 605 et *Semaine méd.* n° 58, 2 déc. 1891, p. 478.

DESPLATS. — Le lavement électrique et ses indications dans l'obstruction intestinale, *Journal des sciences médicales de Lille*, t. xxxv, n° 6, 10 février 1912.

DIEFFENBACH. — Traitement électrique de l'obstruction intestinale et de la paralysie intestinale post opératoire. *The journal of the american association*, n° 13, 1^{er} avril 1911.

DILLAY. — De la perforation intestinale dans la fièvre typhoïde, *Th. Paris*, 1885-1886, n° 294.

DITTLER ET MOHR. — Contribution à l'action de l'hormonal. *Muenchener medizinische Wochenschrift*, t. LVIII, n° 46, 14 novembre 1911, p. 2427, et analy. in *Journal de Chirurgie*, t. viii, n° 1, janv. 1912, p. 84.

DJOURDEVITCH. — De l'iléus, 1^{er} Congrès jongo-slave de médecine opératoire, Belgrade, 5-7 sept. 1911.

DOYON. — *Archives de physiologie*, 5^e série, t. vii, 1895, p. 375. Sur l'inhibition du tonus et des mouvements de l'estomac chez le chien par l'excitation électrique du bout périphérique des pneumogastriques sectionnés au cou.

- DUFOUR ET COTTENOT. — Crise gastrique tabétique prise pour une obstruction intestinale. Anus iliaque. *Société de neurologie*, 4 mars 1909 et *Presse médicale*, n° 21, 13 mars 1909, p. 187.
- DUJON ET CHÉGUT. — Un cas de bistournage spontané du testicule simulant une hernie étranglée. *Arch. prov. de Chir.*, t. IX, n° 10, octobre 1900, p. 653.
- DUPLAY. — Quelques faits de péritonites simulant l'étranglement interne. *Archiv. général de méd.*, t. XXVIII, 1876, p. 513.
- DUTOUR. — Du traitement électrique de l'occlusion intestinale. *Th. Bordeaux*, 1891-1891, t. II, n° 14.
- EASTERLY ASHTON. — *The medical news*, 1892.
- ELPERN. — Sur les paralysies intestinales consécutives aux contusions de l'abdomen. *Thèse de Königsberg*, en P. Janv., Mai 1910.
- ENRIQUEZ ET HALLION. — Rappel de nos recherches expérimentales et cliniques sur les propriétés excito-péristaltiques de certains extraits d'organes. *Soc. de Thérap.* (séance du 25 oct. 1911), in *Bull. général de Thérapeutique*, t. 162, 1911, p. 702 et *Presse médicale*, 1^{er} nov. 1911, p. 887.
- FAISANS ET FLANDRIN. — Deux cas de perforation intestinale dans la fièvre typhoïde. *Bull. et mém. Soc. méd. des Hôp. de Paris*, t. XXVI, 3^e série (séance du 18 déc.), 1908, p. 900.
- FAITOUT. — Tympanite hystérique chez un enfant de 12 ans. *Journal de clin. et de thérapeutique infantile*, 6 juin 1895.
- FARGIN-FAYOLLE. — Contribution à l'étude des hernies de la vessie. *Th. Paris*, 1902-1903, n° 205.
- FELLS (A.). — Enterospasm. *Brit. med. journal*, 10 fév. 1906, p. 318.
- FLOCH. — Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale (spasmodique et paralytique). *Th. Paris*. 1893-1894, n° 532.
- FERAUD-BAYLON. — Contribution à l'étude des hernies de l'ovaire. *Th. Montpellier*, 1907-1908, n° 61.

- FERRIER. — Du diagnostic de la perforation intestinale typhoïdique au point de vue de l'intervention chirurgicale. *Bull. mém. Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 3^e série, t. XVIII, 1901 (séance 8 fév. 1901), p. 104.
- FITZ. — Diagnostic et traitement de l'obstruction intestinale aiguë. *Boston med. and surg. journal*, nov. 1888, pp. 445, 469, 493 et 523.
- FOLLET. — Occlusion par entérospasme *Bull. méd.*, n° 97, 1902, p. 1033.
- FOLLIN. — Extrait du rapport fait sur la thèse du D^r Leconte. *Bull. de la Soc. de Chirurgie*, 1^{er} série, t. III, 1852-1853, p. 98.
- FONTOYNONT. — Fièvre typhoïde ambulatoire, perforation intestinale. Laparotomie et suture, nouvelle perforation, puis mort tardive par cachexie quarante jours après. *Bull. et mém. Soc. Chir.*, t. XXXIV, 1908 (séance du 27 mai), p. 701.
- FORKEI. — Les indications de l'emploi de l'hormonal. *Muenchener Wochenschrift*, t. LVIII, n° 35, 29 août 1911, p. 1875, et *Journal de Chir.*, t. VII, n° 4, 15 octobre 1911, p. 462.
- FOUQUET. — Etude clinique sur quelques spasmes d'origine hystérique. *Th. Paris*, 1880.
- FRANKE. — Une explication de l'occlusion post-opératoire par contracture de l'intestin. *Centralblatt für Chirurgie*, n° 44, 31 octobre 1908, pp. 1293 à 1295, et *Journal de Chir.*, t. I, n° 9, 15 décembre 1908, p. 975.
- FRITSCH. — 68^e Réunion des naturalistes et médecins allemands, tenue à Francfort-sur-Mein, sept. 1896 et *Presse med.* n° 94, 15 nov. 1896, p. CDIX.
- FROUSSARD. — Contribution à l'étude de l'entéro-colite muco-membraneuse. *Th. Paris*, 1899-1900, n° 345.
- GAILLARD. — Traitement de la colique de plomb par le lavement

- électrique. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 3^e série, t. XX (séance du 20 mars), 1903 p. 313 et *Gazette des Hôp.*, n° 35, 24 mars 1903, p. 355.
- GAILLARD ET BAUFLE. — Colotyphus et iléus paralytique. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, III^e série, n° 11, 30 mars 1911, p. 316 et *Presse méd.*, n° 25, 29 mars 1911, p. 249.
- GANGITANO. — Contribution au traitement de l'occlusion intestinale, *Reforma medica*, n° 15, 1905 et *Archives générales de méd.*, 1905, p. 3247.
- GARRIGUES. — Les hernies de la trompe utérine. *Th. Paris*, 1903-1904, n° 182.
- GAUTIER. — Pseudo-étranglement dans l'ectopie inguinale. *Th. Paris*, 1885-1886, n° 194.
- GIRESE. — Contribution à l'étude des occlusions intestinales post-opératoires consécutives à l'hystérectomie vaginale. *Th. Paris*, 1895 1896, n° 15.
- GIRET. — Formes classiques de l'occlusion intestinale incomplète. *Th. Paris*, 1908-1909, n° 342.
- GODECKE. — Contribution à l'étude de l'appendicite latente avec phénomènes d'iléus dans le jeune âge. *Deutsche Zeitsch. f. chir.*, 1908, t. XCV, et *Semaine méd.*, n° 6, 10 fév. 1909, p. 66.
- GOURDON. — Du pseudo-étranglement paralytique au cours de la péritonite tuberculeuse. *Th. Bordeaux*, 1902-1903, n° 112.
- GREIG. — Un cas d'occlusion intestinale par entérocolite, guérison spontanée par évacuation à travers une fistule ombilicale. *The lancet*, t. CLXXIX, n° 4553, 3 déc. 1910.
- GROSS. — Des contusions de l'abdomen. XI^e Congrès français de Chir. de Paris (séance du 19 octobre 1897, p. 69).
- GRUGET. — Ces accidents et des complications des cystocèles her-

niaires (inguinale et crurale); en particulier des accidents d'étranglement dans les cystocèles pures. *Th. Paris*, 1907-1908, n° 147.

GUBLER. — Des paralysies dans leurs rapports avec les maladies aiguës et spécialement des paralysies asthéniques diffuses des convalescents. *Archives générales de médecine*, V^e série, t. XV, 1860, mars, p. 257; avril, p. 402; mai, p. 534; juin, p. 693; V^e série, t. XVI, 1860, août, p. 187; décembre, p. 718.

GUIBÉ. — Mécanisme de la mort dans l'occlusion intestinale. *Presse médicale*, n° 27, 3 avril 1909, p. 233.

GUILLEMAIRE. — Recherches sur la péritonite tuberculeuse aiguë (exposé, formes cliniques, traitement.) *Th. Paris*, 1897-98, n° 340.

GUINARD. — Hernie de l'appendice. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, V^e série, t. X, 1896 (séance du 19 juillet), p. 451.

— Réflexions sur l'appendicite, à propos d'une hernie étranglée de l'appendice (Rapport par M. Routier.). *Bull. et mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, t. XXII, 1896 (séance du 25 novembre), p. 744.

— Pancréatite hémorragique et pancréatite suppurée. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, t. XXXIII, 1907 (séance du 20 fév.) p. 197.

— Discussion sur les pancréatites. *id.* 1907 (séance du 17 avril), p. 374.

GUYÉTAT. — Du spasme intestinal par contusion de l'abdomen. *Th. Lyon*, 1898-1899, n° 68.

GUYOT. — Observation d'un malade qui, après avoir présenté des symptômes rapportés à un étranglement interne, a guéri après l'expulsion par l'anus d'une grande quantité de muco-

- sités intestinales. *Bull. et mém. de la Soc. médicale des Hôp. de Paris*, t. V, II^e série, 1868 (séance du 28 fév.), p. 51.
- GY. — L'intestin hystérique. *Gaz de Hôp.*, n° 35, 23 mai 1907, p. 411. et n° 38, 30 mai 1907, p. 447.
- HAAGEN (TH.). — Un cas de thrombose dans le territoire de la veine mésentérique supérieure guéri opératoirement. *Deutsche zeitschrift für chirurgie*, t. XCII, 1908, février 1908, pp. 79 à 95 et *Journal de chir.*, t. I, n° 1, 15 août 1908, p. 65.
- HAWKINS (P.). — La réalité de l'existence d'entéro-spasmes susceptibles de simuler l'appendicite. *Brit. Méd. jour.*, 13 janv. 1906, et *Semaine médicale*, 1906, n° 12, 21 mars 1906, p. 136.
- HECHT. — Un cas de thrombose portale. *Wiener Klinische Wochenschrift*, n° 44, 1908.
- HEIDENHAIN (L.) — Beitrag zur Pathologie und Therapie des acutens Darmverschlusses. XXVI^e Congrès de la Soc. Allemande de Chirurgie, Berlin 1897 (21 à 24 avril 1897); in *Centralbl. f. Chir.* 21 avril 1897, n° 28, et *Revue de Chir.*, t. XVIII, 1898, p. 162, et *Semaine méd.*, 1897, p. 144.
- HEINE. — Sur l'anus contre nature primitif dans l'iléus paralytique. *Thèse de Leipzig*, janvier-février 1909.
- HENLE. — De l'emploi du « Peristaltik hormon » en chirurgie. *Centralblatt für Chir.*, t. XXXVII, n° 42, 15 octobre 1910, pp. 1361 à 1365, et *Journal de Chir.*, t. V, 1910, n° 6, 15 décem., p. 722
- Traitement de la paralysie intestinale par l'hormonal. *Communication au XL^e Congrès Allemand de Chir.*, Berlin, 19 à 22 avril 1911; In. *Centralblatt für Chir.*, t. XXXVIII, n° 29, 22 juillet 1911, pp. 73 à 75, et *Journal de Chir.*, t. VII, 1911, n° 3, 15 sept. 1911, p. 318.
- HENROT (ALF.). — Les pseudo-étranglements que l'on peut rappor-

ter à la paralysie de l'intestin. *Thèse Paris*, 1865, t. V, n° 4.

— Péritonite ayant simulé un étranglement. *Bull. de la Soc. de Méd. de Reims*, n° 9, 1873, p. 19.

HEPNER. — Zur diagnostik und Therapie des inneren Darmverschlusses. *Beitrage zur Klin. Chir.*, 1902, t. XXXVI, 2, p. 293.

HÉRESCO. — Sac herniaire considérablement épaissi, simulant une tumeur du canal inguinal. *Bull. Soc. Anat. de Paris*, 5^e série, t. X, 5 juin 1896, p. 409.

HERMAND. — Contribution à l'étude de l'intoxication par le plomb, et particulièrement du syndrome colique saturnine. *Thèse Lille*, 1893-1894, n° 61.

HÉRITIER. — De l'occlusion intestinale dans la péritonite tuberculeuse, *Thèse Lyon*, 1898-1899, n° 115.

HESSE. — Sur les effets secondaires de l'hormonal. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. XXXVIII, n° 14, 4 avril 1912, p. 643 ; *Analy. in Journal de Chirurgie*, t. VIII, n° 5, mai 1912, p. 568.

HEYFELDER. — *Union méd.*, 2^e série, t. IV, 1834, p. 63.

HUET ET BAUDOUIN. — Deux cas d'obstruction intestinale chez des myopathiques. *Soc. de neurologie*, 2 février 1911, et *Gaz. des Hôp.*, n° 17, 11 février 1911, p. 143.

ISRAEL. — Einige Beobachtungen an iléus-fallen. *Berlin Klin. Wochensch.*, 4 janv. 1892, et *Semaine médicale*, 1893, n° 25, avril 1893, p. 200.

IVANOFF. — Hernie de la trompe de Fallope. *Thèse Lille*, 1901-1902, n° 103.

JAYLE. — La septicémie péritonéale aiguë post-opératoire. *Thèse Paris*, 1894-1895, n° 269.

- JEANNE. — Appendicite avec péritonite aiguë. Diagnostic différentiel entre l'occlusion intestinale et les péritonites aiguës. Rapport par M. Tuffier. *Bull. et mém. de la Société de Chir.*, t. XXVI, séance 7 fév. 1900 ; p. 139.
- Pancréatite hémorrhagique. Epanchement péritonéal séro-hématique et stéato-nécrose de l'épiploon. Intervention, guérison. *Bull. et mém. de la Soc. Chir. de Paris*, t. XXXVII, 1911 (séance 29 mars), p. 482.
- KABAKTCHIEFF. — Contribution à l'étude des thromboses mésentériques. *Thèse Montpellier*, 1898-1899, n° 91.
- KAEPPELIN. — Occlusion intestinale aiguë, constituant le premier symptôme d'une bacilliose péritonéale ; laparotomie ; guérison. *Soc. des Sciences médicales de St-Etienne*, 7 déc. 1910.
- KANIS. — Un cas de thrombose des veines mésentériques. *Wiener Klinische Wochenschrift*, t. XXV, n° 40, 3 déc. 1911, et n° 48, 26 nov. 1911..
- KAPPIS. — Quelques indications pratiques pour le traitement de l'iléus au cours des péritonites. *Muenchener medizinische Wochenschrift*, t. LVIII, n° 1, 3 janv. 1910, pp. 15 à 17, et *Journal de Chir.*, t. VI, 1911, n° 3, 15 mars 1911, p. 324.
- KAUERT. — Résultats obtenus avec l'hormonal dans la constipation chronique et dans l'iléus paralytique. *Munchener medizinische Wochenschrift*, t. LVIII, n° 17, 25 avril 1911.
- KEEN. — Laparotomy for apparent intestinal paralysis which caused arrest of the intestinal contents and was équivalent to intestinal obstruction. *Kansas City Med. Index*, avril 1893.
- KENNA. — Iléus paralytique avec relation de deux cas dans lesquels l'opération et le traitement furent suivis de succès. *The Journal of the American medical association*, n° 16 ; 17 avril 1909.

KELLY. — Entérospasm and intestinal obstruction. *Brit. Med. Journal*, 28 avril 1906, p. 977.

KIRMISSON. — Discussion sur l'occlusion intestinale. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir.*, t. XXIII, 1897 (séance 6 oct.), pp. 578 et 581 (séance 10 nov.), p. 689.

KIRMISSON, LEJARS, QUÉNU, TUFFIER. — Discussion à propos de la communication du D^r Kirmisson : occlusion intestinale au cours d'une péritonite tuberculeuse. *Bull. et mémoires de la Soc. de Chir. de Paris*, t. XXXIV, 1913 (séance du 2 avril), p. 499.

KORTE. — Ueber des Darmverschluss durch Gallerestein. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1893, t. XLVI, n° 2, et *Semaine médicale*, n° 25, avril 1893, p. 200.

KUSTER. — Verhandlungen des 37 Kongresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Berlin 1908, p. 265.

LABORDE. — Les spasmes de l'intestin d'origine génitale chez la femme. *Thèse Paris*, 1903-1904, n° 268.

LACAILLE. — Pseudo-appendicite. Obstruction intestinale par calculs biliaires. Lavements électriques. Guérison. *Bull. et mém. de la Société de Méd. de Paris* (séance du 25 juin), 1910, n° 12, p. 509.

— De l'obstruction et de son traitement par le lavement électrique (quand doit-on cesser l'application?). *Bull. et mém. de la Société de Méd. de Paris* (séance du 25 juin), 1910, n° 12, p. 512.

— Règles d'application du lavement électrique. *Arch. d'électr. expériment. et clin.*, n° 301, 10 janv. 1911, p. 41.

LANCE. — Publications récentes sur le lavement électrique. *Gaz. des Hôp.*, n° 9, 23 janv. 1912, p. 113. et n° 12, 30 janv. 1912, p. 160.

- Le traitement de l'iléus paralytique et de la constipation rebelle par l'hormon péristaltique. *Gaz. des hôpitaux*, n° 18, 13 fév. 1912, p. 243.
- LANDOUZY. — Des paralysies dans les maladies aiguës, Paris 1880.
- LAPLACE. — Specimen for a case of urœmia with symptoms simulating intestinal obstruction. *Transactions Pathol., Soc. Philadelphie*, 1889-1891, pp. 176-179.
- LAPORTE. — De la péritonite par propagation d'origine intestinale. *Thèse Lyon*, n° 19, 1898-1899.
- LARAT. — Traité pratique d'Electricité médicale, p. 595.
- LECHEVALLIER. — Pseudo-occlusion intestinale urémique. *Bull. et mém. de la Soc. Anatomique de Paris*, 6^e série, t. XII (séance du 18 mars 1910, p. 238, et *Presse médicale*, n° 24, 23 mars 1910, p. 206.
- LECLERC ET COTTE. — Oblitération des vaisseaux mésentériques avec infarctus et gangrène anémique de l'intestin. *Lyon Chir.*, t. V, n° 5 1^{er} mai 1911, pp. 483 à 497, et *Journal de Chir.*, t. VII, 1911, n° 1 15 juillet, p. 84.
- LE DENTU. — Nouveau dict. de méd. et de chirurgie pratique, 1873, t. XVII (Art. Hernie), p. 589.
- LEDERER. — Traitement de l'iléus par l'atropine *Medizinische Klinik*, t. VI, n° 1 2 janv. 1910, pp. 11 à 13, et *Journal de Chir.*, t. IV, 1910, n° 3 15 mars 1910, p. 317.
- LEGUEU. — Des occlusions intestinales post-opératoires. *Gaz. des Hôp.*, n° 136 23 nov. 1895 p. 1325.
- Deux cas d'occlusion intestinale (rapport de M. Broca).
- LEJARS. — Chirurgie d'urgence, VI^e éd., p. 443.
- Hernie inguinale simultanée de la trompe utérine et de la vessie. Les hernies de la trompe. Les lésions opératoires

de la vessie herniée. *Rev. chir.*, t. XIII, 1893, janvier, p. 12, et février, p. 111.

- L'occlusion intestinale au cours de la péritonite tuberculeuse. *Gaz. des Hôp.* (5 déc. 1891), n° 142, p. 1305.
- Les formes graves et rebelles de l'iléus paralytique. *Presse médicale*, n° 89 27 octobre 1897), p. CXXVII.
- A propos de la discussion sur l'occlusion intestinale. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, t. XXIII, 1897 (séance du 13 octobre), p. 593 et *Gaz. des Hôp.*, n° 120 19 octobre 1897, p. 1171.
- Les formes frustes de l'iléus. *Semaine méd.*, n° 9 (28 fév. 1906), p. 97.
- De l'intervention chirurgicale dans certaines formes de péritonite tuberculeuse aiguë. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1898, t. XXIV (séance du 15 juin), p. 671 et *Semaine médicale*, 1898, p. 277.
- (Suite de la discussion), pseudo-occlusion par péritonite tuberculeuse. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, t. XXIV (séance du 7 décembre), 1898, p. 1107 et *Semaine médicale*, 1898, p. 501.
- Les indications du lavement électrique dans l'iléus. *Semaine médicale*, n° 31, 4 août 1909, p. 361 et Congrès de l'Assoc. franç. pour l'avancement des Sciences, Lille 1909.
- Le lavement électrique et ses indications, *Arch. d'élect. expér. et thérap.*, 17^e année, n° 267, 10 août 1909.

LENCLOS. — Des occlusions intestinales post-opératoires. *Th. Nancy*, n° 22, 1898-1899.

LENORMANT. — Quelques travaux récents sur la pancréatite aiguë hémorragique. *Presse médicale*, n° 4, 14 janvier 1911, p. 31.

- Les occlusions intestinales d'origine appendiculaire. *Presse méd.* n° 50, 24 juin 1911, p. 534.

- Un traitement nouveau des paralysies aiguës de l'intestin : l'hormon péristaltique. *Presse méd.* n° 76, 23 sept. 1911, p. 755.

LEPINE. — *Lyon médical* ; février 1897.

LEQUETTE. — Contribution à l'étude des hernies de l'appendice iléo-cœcal. *Th. Lille*, 1904-1905, n° 12.

LERAT ET CLÉRET-CHAPUT. — Thrombo-phlébite mésentérique. *Bull. et mém. de la Soc. Anatomique de Paris*, VI^e série, t. XII, (séance du 29 juillet 1910), p. 776.

LESK. — L'occlusion intestinale par calculs biliaires. *Deutsche Zeitschrift für Chir.* t. XCIV, 1908, août, p. 47 à 85, et *Journal de Chir.*, T. I, n° 8, nov. 1908, p. 861.

LEURVILLE. — Les perforations intestinales de la fièvre typhoïde. Diagnostic et traitement. Leçon de M. Paul Claisse. *La Clinique*, 17 déc. 1909.

LEVY. — Complication des hernies de l'appendice. *Archives provinciales de Chir.*, t. XII, 1903, n° 7 juillet, p. 393. n° 8 août p. 481, n° 9, sept., p. 530.

LILITCH. — De l'iléus. 1^{er} Congrès jougo-slave de médecine opératoire. *Belgrade*, 5-7 sept. 1911.

LIOUVILLE. — Péritonite chronique tuberculeuse ayant débuté par les seuls signes d'une obstruction intestinale. Difficulté du diagnostic au début. Mort après 3 mois, sans lésion pulmonaire. *Bull. de la Soc. Anatomique de Paris* 1875 (séance du 26 nov., p. 726.

LONGE ET MONOD. — Tympanite hystérique. Laparotomie récidive. *Gaz. heb. de méd. et de Chir.*, n° 17, 28 oct. 1901, p. 193.

LOUBIER. — Action de quelques agents physiques, (électricité et lumière) sur l'obstruction intestinale. *Th. Paris*, 1910-1911, n° 378.

- LOUVIER ET DELHERM. — Action antispasmodique du lavement électrique. *Congrès pour l'avanc. des Sciences, Dijon* 31 juillet-5 août 1911.
- LOVIOT. — Du pincement herniaire des intestins. *Th. Paris*, 1879, t. XXII, n° 253.
- MABIN. — Stase intestinale hystérique. *Th. Paris*, n° 269, 1902-1903.
- MAISONNEUVE. — *Th. Professorat ; Paris* 1850.
- MALGAIGNE. — Mémoire sur les étranglements herniaires. Des pseudo-étranglements ou de l'inflammation simple dans les hernies. *Archiv. génér. de méd.*, III^e et nouvelle série, t. XII 1841 ; oct. p. 195 et nov. p. 289.
- MALINOWSKI. — Observations sur l'iléus dans l'appendice. *S^t Petersburger medizinische Wochenschrift*, t. XXXVI n° 44, 29 oct.
- MAINGAULT. — Sur les paralysies diphtériques. *Arch. Génér. de Méd.*, V^e série, t. XIV, 1859, oct. p. 385 et déc., p. 674.
- MAUCLAIRE ET DAMBRIN. — Hernie appendiculaire étranglée dans l'anneau crural. *Bull. et mém. de la Soc. Anatomique*, 6 série, t. IV, 1902, (séance du 25 juillet), p. 733.
- MAUCLAIRE ET JACOULET. — *Archives générales de Chirurgie*, n°s 3 et 4, 1908, mars et avril.
- MAUGER. — La perforation typhique de l'intestin et de ses annexes. Son traitement chirurgical. *Th. Paris*, 1899-1900, n° 561.
- MARION. — Appendicite et occlusion intestinale. *Gaz. des Hop.* n° 134, 24 nov. 1900, p. 1439.
- Volumineux calcul biliaire retiré de l'intestin. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, t. XXXVI, n° 18, 31 mai 1910, p. 625.
- MARROTTE. — *Bull. et mém. de la Soc. de méd., des Hôp.*, 1856.
- MARTENS. — Sur quelques cas rares d'iléus. *Réunion libres des Chirurgiens de Berlin*, 10 mai 1909.

MARTINAUD. — Les torsions de l'épiploon. *Th. Bordeaux*, 1901-1902, n° 96.

MATHIEU. — Traité des maladies d'estomac et de l'intestin 1901. *Paris*, p. 895

— Le clapotage et la matité déclive dans l'occlusion incomplète de l'intestin. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, t. XXV, 3^e série, 1908 (séance du 22 mai), p. 742.

— Formes cliniques et traitement des spasme de l'intestin. *Journal des Praticiens*, n° 43, 22 oct. 1910.

MATTEI. — Malade atteint de méningite cérébro-spinale ayant fait croire au début à une occlusion intestinale. *Marseille méd.*, n° 14, 15 juillet 1911, p. 455.

MATURIE. — Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale et son traitement. *Th. Paris*, 1889-1890, n° 65.

MAYGRIER ET LEMELAND. — Accidents graves de rétention stercorale par parésie intestinale à la suite d'un accouchement provoqué ; guérison par les lavements électriques. *Soc. d'obst. de Paris*, 22 avril 1909 et *Presse méd.*, n° 35, 1^{er} mai 1909, p. 310.

MAYER. — Note à propos de quatorze cas d'obstruction intestinale. *Société des Sciences méd. et naturelles de Bruxelles*, juin 1911. *in Journal médical de Brux.*, t. XVI, n° 31, 3 août 1911, et *Presse méd.*, n° 65, 16 août 1911, p. 671.

MERKLEN. — Etude sur l'annurie. *Thèse Paris*, 1881, t. XVI, n° 185.

MEYER. — Ein seltener Fall von akuter Entzündung des vourmfortsatzes und dadurch bedingter incarceration des Deinnndarms. *Beitrage z. klin chir*, 1902, t. XXXIV, p. 85.

MONOD ET TERRILLON. — Traité des maladies du testicule et de ses annexes. *Masson, Paris*, 1889.

MICHAUX. — De la laparotomie systématique dans le traitement des

contusions de l'abdomen. *XI^e Congrès français de Chirurgie*, 1897 (séance 19 oct.), p. 109.

- Perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde, laparatomie. Mort au 10^e jour. *Bull et mém. de la Soc. Chir de Paris*, 1908, t. XXXIV (séance du 5 fév.), p. 138.

MONDAIN. — Contribution à l'étude des pseudo-étranglements de l'intestin. *Th. Paris*, 1902-1903, n° 125.

MONOD ET CHAVANNAZ. — Deux cas d'intervention pour occlusion intestinale par péritonite tuberculeuse. *XV^e Congrès français de Chir., Paris*, 1902 (séance du 24 oct.), p. 648.

MORAT. — Sur quelques particularités de l'innervation motrice de l'estomac et de l'intestin. *Arch. de phy.* V^e série, t. V, 1893, p. 142.

MORESTEIN. — Etranglement crural de l'appendice. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir de Paris*, t. XXXV, 1909 (séance du 17 mars), p. 383.

MORONE. — Sur l'entérospasme post-opératoire. *La Riforma medica*, n° 19, t. XXV, 10 mai 1909, p. 505 à 511, et *Journal de Chirurgie*, t. III, n° 1, 1909, 15 juillet, p. 76.

MORTREUIL. — Contribution à l'étude des pseudo-étranglements de l'intestin. Iléus traumatique. *Th. Paris*, 1882-1883.

MULLER. — Occlusion intestinale d'origine reflexe. *Munch. méd. Woch*, 23 juillet 1907, et *Bull. médical*, n° 61, 1907, p. 718.

MUSELLI. — Occlusion intestinale, entérocolisme, guérison. *Soc. de Médecine et de Chir. de Bordeaux*, 22 octobre 1909 in *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, n° 47, 21 nov. 1909, p. 556 à 559.

NAQUET. — Contribution à l'étude des hernies de l'appendice vermiculaire et de leurs complications. *Th. Paris*, 1900-1901, n° 126.

- NATHAN W. GREEN. — Thrombose mésentérique avec résection de deux mètres d'intestin grêle. Guérison. *Saint Luke's Hosp. méd. and Surgical. Reports*, t. III, 1912, p. 98 à 100, et *Journal de Chir.*, t. IX, n° 5, nov. 1912, p. 630.
- NEBOUX. — Hernies de l'ovaire étranglé. *Bulletin thérapeutique*, 1845, t. XXVIII, 7^e livraison, p. 286 et *Arch. général de méd.*, septembre 1846, p. 95.
- NÉLATON. — Hernies de l'appendice iléo-cœcal. *Pathologie Chirurgicale*, t. IV, 1857, p. 434.
- NÉNON. — Sténoses de l'intestin grêle d'origine typhique. *Th. Lyon*, n° 53, 1907-1908.
- NEUMANN. — Signes et traitement de la Thrombose des vaisseaux mésentériques. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, n° 34, 26 août 1909, p. 1465 à 1469, et *Journal de Chir.*, t. III, 1909, n° 4, 15 oct., p. 435.
- NICOLADONI. — Sur la torsion du cordon spermatique considérée comme complication particulière de la Cryptorchidie. *Lanzenbeck's Arch. für Klin. Chir Berlin*, 1884, B^d XXXI, S. 178.
- NIMIER. — Hémorrhagies du Pancréas. *Revue de médecine*, t. XIV, mai 1894, p. 353.
- NORDMANN. — Iléus spasmodique. *Réunion libre des Chir. de Berlin*, 14 juin 1909 et *Centralblatt f. chirurgie*, n° 35, 28 août 1909.
- Occlusion intestinale hystérique et occlusion spastique. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. XXXVI, n° 10, 10 mars 1910, p. 452, et *Journal de Chir.*, t. IV, 1910, n° 5, 15 mars, p. 554.
- NOUET. — De l'occlusion intestinale dans ses rapports avec les inflammation péri-utérines chroniques. *Th. Paris*, 1874.
- OBERST. — Torsion de l'épiploon dans une hernie inguinale. *Centralblatt für Chirurgie*, n° 27, 1882, p. 441.

PAINÉTVIN. — De l'emploi thérapeutique du lavement électrique.
Th. Paris, 1903-1904, n° 222.

PANKOW. — Ueber einen fall von spastischem Ileus. *Munch.-med. Wochensch.*, 10 nov. 1903, p. 1962.

PÉRAIRE. — Accidents d'étranglement herniaire déterminés par une épiplocèle adhérente et tordu. Résection épiploïque, Guérison. Examen histologique par le prof. Cornil. *Bull. et mém. de la Soc. Anat. de Paris*, 6^e série, t. IX, 1907 (séance 28 juin), p. 502.

PÉRAIRE, BROCHIN, LÉWY. — Péritonite aiguë avec occlusion intestinale par appendicite perforante gangréneuse, sans obstacle mécanique. Laparotomie. *Soc. des Chir. de Paris*, 25 juin 1909 et *Paris Chirurgical*, 5 juin 1909, p. 636-659.

PÉRON ET BEAUSSÉNAT. — Thrombo-pyléphébite. Lésions intestinales consécutives. *Bull. et mém. de la Soc. Anatomique de Paris*, 5^e série, t. VIII, 1894 (séance 21 juillet), p. 589.

PETTIDI. — Contribution à l'étude de l'étiologie de l'occlusion intestinale chez le vieillard. *Th. Paris*, 1895-1896, n° 426.

PEYRONNARD. Contribution à l'étude de l'iléus dynamique pur. *Th. Montpellier*, 1912.

PEYROT. — De l'intervention chirurgicale dans l'obstruction intestinale. *Th. d'agregation, Paris*, 1880.

PICQUÉ. — Sur un cas d'abcès appendiculaire simulant une occlusion intestinale. *Journal des Praticiens*, n° 33, 14 août 1897, p. 513.

— A propos de la discussion sur l'occlusion intestinale. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, t. XXIII, 1897 (séance du 13 oct.), p. 607 et *Revue générale de Clinique*, 14 août 1897.

— A propos des perforations intestinales d'origine typhoïdi-

- que. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1908, t. XXXIV (séance du 25 mars), p. 451.
- PILLON. — Hernie congénitale crurale étranglée de l'ovaire, de la trompe, de l'appendice chez un enfant de 20 mois. *Société de méd. de Nancy*, 8 déc. 1897, et *Presse médicale*, n° 109, 29 déc. 1897, p. CCXXIV.
- PINARD, TISSIER, MAUCLAIRE, LEPAGE, BRINDEAU. — Occlusion et pseudo-occlusion intestinale pendant la grossesse. *Société d'obstétrique et de gynécologie* (séance du 10 mars 1913), analy. in *Bulletin médical*, n° 23, 22 mars 1913, p. 271.
- PINATELLE. — Obstruction intestinale post-typhique, *Lyon médical*, 1900.
- POIRIER. — Discussion sur l'occlusion intestinale. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, t. XXIII, 1897, (séance 27 oct.), p. 625.
- POLLOSSON. — De l'étranglement herniaire de l'appendice iléo-cœcal. *Lyon médical*, 21 mai 1893, id. 1903.
- PONCET. — Perforations intestinales typhoïdiques. *Bull. et mém. de la Soc. de Ch. de Paris*, 1908, t. XXXIV, p. 497.
- POUPON. — Des pseudo-étranglements par péritonite primitive. *Th. Paris*, 1885-1886, n° 63, t. XIV.
- POTHERAT. — A propos de la communication de Lucas-Championnière, *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, t. XXVI, 1900 (séance du 9 mai), p. 529.
- Sur le traitement de la péritonite tuberculeuse aiguë. *Bull. et mém. de la Société de Chir. de Paris*, t. XXIV, 1898 (séance 30 nov.), p. 1072, et *Semaine médicale*, 1898, p. 494.
- PSALTOFF. — Péritonite tuberculeuse miliaire, occlusion intestinale. Laparotomie. Guérison. *Gaz. des Hôp.*, n° 107, 20 sept. 1898, p. 986.

PUJOL. — Un cas d'occlusion intestinale, traité et guéri par la strychnine à haute dose. *Gaz des Hôp.*, n° 110, 27 sept. 1900, p. 1213.

QUÉNU. — De l'occlusion intestinale à la suite des laparotomies. *Gaz. des Hôp.*, n° 38, 31 mars 1894, p. 349.

— Discussion sur l'occlusion intestinale. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, t. XXIII, 1897 (séance 6 oct.), p. 577 et 592.

— Péritonite tuberculeuse à début simulant l'occlusion intestinale ou l'appendicite. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, t. XXIV, 1898, (séance du 23 nov.), p. 1035, et *Semaine médicale*, 1898, p. 485, et *Progrès médical*, n° 50, 1898, 10 déc., p. 458.

— Hernie crurale de l'appendice étranglée. Examen histologique. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, t. XXIX, 1903 (séance du 15 juillet), p. 801.

— Des symptômes d'occlusion intestinale dans la colique néphrétique. *Bulletin médical*, 1913, n° 18, 5 mars, p. 207, et n° 19, 8 mars, p. 219.

RAUZIER ET ROGER. — De l'iléus paralytique (à propos d'un cas d'obstruction stercorale mortelle chez un veillard). *Soc. des Sciences méd. de Montpellier* (séance 1^{er} mai 1912), in *Montpellier méd.*, 2^e série, t. XXXV, n° 27, 7 juillet 1912, p. 6.

RAVANIER. — Etranglement herniaire. *Bull. et mém. de la Soc. Anat. de Paris*, 5^e série, t. VI, 1893 (séance du 22 déc.), p. 709.

RAYMOND. — Cliniques des maladies du système nerveux, 2^e série, 1897.

REBLAUD. — Pseudo-occlusion d'origine névropathique. *Bull. Soc. de l'Internat des Hôpitaux de Paris*, 23 février 1905, et *Archives générales de médecine*, 1905, p. 630.

REBOUL. -- Signes d'occlusion intestinale par une adénite iliaque de nature tuberculeuse. Cessation des accidents dès l'ablation des ganglions. *XV^e Congrès de Chir. de Paris*, 1902 (séance du 24 oct.), p. 645.

REVERDIN. — Cure radicale de hernie inguinale, cystocèle méconnue, ouverture de la vessie liée dans le pédicule. Guérison. *Revue méd. de la Suisse Romande*, n^o 4, 1890, p. 698 et in *Revue de Chir.*, t. XIII, fév. 1893, p. 119.

— A propos de la communication du D^r Reboul. *XV^e Congrès français de Chir.*, 1902 (séance 24 oct.), p. 648.

-- Deux cas de laparotomie pour accidents abdominaux d'origine nerveuse. *Revue méd. de la Suisse rom.* (mai 1906), p. 285.

REYNIER. — Epiptoite hémorrhagique. *Th. Paris*, 1898-1899, n^o 494.

REYNIER ET LECHEVALLIER. -- Pseudo occlusion intestinale urémique *Bull. et mém. de la Soc. Anat. de Paris*, 6^e série, t. XII, (séance 18 mars 1910), p. 238.

RICOU. — Hernie crurale droite appendiculaire étranglée. Cure radicale. Ablation de l'appendice. Guérison. *Bull. et mém. de la Soc. Anat. de Paris*, 6^e série, t. VII, 1905 (séance 27 jan.), p. 96.

RINNE. — Deux cas de spasme intestinal chronique grave. *Archiv. für Verdauungs. Krankheiten*, t. 15, fas. 5, 1909, p. 604 à 608, *Analyse in Journal de Chir.*, t. IV, 1910, n^o 1, 15 janvier, p. 70.

RIVET. — Essai sur les hernies de l'appendice vermiforme. *Th. Paris*, 1893-1894, n^o 527.

ROCHARD. -- A propos de la hernie de l'appendice dans un sac suppuré de hernie crurale. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, t. XXX, 1904, (séance du 30 nov.), p. 993.

- ROCHE. — Des Torsions de l'épiploon. *Th. Paris*, 1904-1905, n° 154.
- ROCH ET DE SÉNARCLENS. — De l'iléus névropathique avec vomissements de matières fécales. *Semaine médicale*, n° 20, 19 mai 1909, p. 229.
- ROGER. — Les mouvements de l'intestin à l'état normal et dans l'occlusion expérimentale. *Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, t. VIII, 1906, p. 54.
- L'occlusion intestinale. Cause et mécanisme des accidents. *Revue scientifique*, 5^e série, t. VII, n° 3, 19 janv. 1907, p. 65.
- Rôle de l'auto-intoxication dans l'occlusion intestinale. *Presse méd.*, n° 1, 4 janv. 1911, p. 1.
- ROGER ET GARNIER. — Les poisons du tube digestif à l'état normal. *Rev. de médecine*, t. XXVI, août 1906, p. 609.
- Les poisons du tube digestif à l'état pathologique. *Revue de méd.*, t. XXVI, décembre 1906, p. 953.
- ROSENSTEIN. — Eine Beobachtung von anfallsweisem Kotherbrechen. *Berlin. Klin. Wochensch.* 21 août 1882, p. 521.
- ROSSBACH. — Mouvements de l'estomac et de l'intestin. *Berlin. Klin. Woch.* 1885.
- ROSSO. — De l'obstruction intestinale chez la femme liée à des inflammations pelviennes. *Th. Lyon*, 1906-1907, n° 142.
- RUSSIO ET MAGGIO. — Un cas grave d'iléus paralytique consécutif à un taxis herniaire. Hernio-laparotomie. Guérison. *Gazzetta degli ospedali e delle Cliniche*, t. XXXII, n° 44, 11 avril 1911.
- ROUTIER. — Quatre cas d'occlusion intestinale aiguë. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir.*, t. XVI, 1890 (séance du 7 mai), p. 355.
- De l'occlusion intestinale aiguë. *Presse médicale*, n° 26, 26 mars 1898.
- ROUYER. — Mémoire sur les Tumeurs stercorales. *Gaz. hebdomadaire*, 1862, n°s 42, 17 oct., p. 660 et n° 44, 31 oct., p. 692.

- ROY. — Les péritonites par propagation aux cours de la fièvre typhoïde. *Th. Paris*, 1906-1907, n° 150.
- RUGE. — Occlusion intestinale au cours de la pérityphlite et à sa suite. *Arch. für Klinische Chirurgie*, t. XCIV, f. 4, 15 mars 1911.
- SAUVÉ. — De l'oblitération des vaisseaux mésentériques (Infarctus de l'intestin.) *Journal de Chir.*, t. V, nov. 1910, n° 5, p. 485 à 507.
- SAKORRAPHOS. — Sur un cas d'occlusion intestinale d'origine hystérique. *Progrès méd.*, n° 52, 24 déc. 1904, p. 497.
- SCHÖNWERTH. — Iléus à la suite des contusions de l'abdomen. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, n° 27, 8 juillet 1909, p. 1186 à 1188, Anal. in *Journal de Chir.*, t. III, n° 3, 15 sept. 1909, p. 313, et *Semaine méd.*, n° 28, 14 juillet 1909, p. 333.
- SCHWARTZ. — Examen clinique et diagnostic de l'occlusion intestinale aiguë. *Presse méd.*, t. XXIII, n° 17, 25 avril 1908, p. 198.
- SEBIAN. — Hernie de la trompe et de l'ovaire. *Th. Paris*, 1903-1904, n° 289.
- SCHLOFFER. — De l'obstruction intestinale chez les hystériques. *Beitrage Z. Clin. Chir.*, 1899, t. XXIV, p. 392, et *Semaine méd.*, n° 10, 7 mars 1900, p. 85.
- SCHOONEN. — Cystocèle crurale. *Revue de Chir.*, t. XIII, avril 1893, p. 331.
- SEMMOLA. — Traitement de l'occlusion intestinale et de la parésie vésicale par l'électricité. *Académie de méd.* (séance du 22 sept.), 1891, et *Bull. méd.*, n° 78, 30 sept. 1891, p. 903.
- SIEUR. — A propos des perforations typhiques de l'intestin. *Bull. méd., de la Soc. de Chir. de Paris*, t. XXXIV, 1908 (séance du 18 mars); p. 369.

- SIREDEY. — Iléus paralytique au cours d'une colique hépatique. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, t. XII^e, III série, (21 mars 1895), p. 239, et *Semaine méd.*, 1895, p. 126.
- SOULIGOUX ET DESCHAMPS. — Torsion de l'épiploon. *Bull. et mém. de la Soc. Anat. de Paris*, 6^e série, t. III, 1901 (séance 15 mars), p. 229.
- SOULIGOUX. — Sur l'obstruction par calcul biliaire. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, t. XXXVI, n° 19 (séance 7 juin 1910), p. 634.
- SOUPAULT. — Entérite muco-membraneuse. in *Manuel de Med. Debove-Achard*.
- SOURDILLE (L.). — Contribution à l'étude clinique de la lithias rénale. *Th. Paris*, 1906-1907, n° 135.
- SPARADO. — L'iléus paralytique. Recherches critiques et pathologiques. *Incurabili*, juillet, août, sept. 1905, et *Semaine méd.*, n° 5, 31 janv. 1906, p. 53.
- STAJITCH. — De l'iléus. 1^{er} Congrès jougo-slave de méd. opératoire, Belgrade, 5-7 sept. 1911.
- STERNBERG. — Troubles gastro-intestinaux de la lithiase rénale. *Wiener Klin Wochenschrift*, t. XIV 1901.
- STEWART. — Les obscurités possibles du diagnostic dans les calculs. *Th. Am. Journal. of med. Soc.*, août 1905.
- TAILLEFÈRE. — Etranglement de l'appendice dans le canal crural, XIV^e Congrès français de Chir. de Paris, 1901, p. 605.
- Hernie de l'ovaire prise pour une hernie du rein. Rapport par Broca. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, III série, t. XXX 1904, (séance 13 fév.), p. 45.
- TAPIE. — De l'étranglement dans la hernie de l'appendice. *Arch. prov. de chir.*, t. XIII, n° 8 août 1904, p. 479.

- TARAVELLIER. — Contribution à l'étude de l'oblitération des vaisseaux mésentériques. (Infarctus hémorrhagique de l'intestin). *Th. Lyon*, 1910-1911, n° 96.
- TAVEL. — Le diagnostic du siège de l'occlusion dans l'iléus. *Revue de chir.*, t. XXVIII, 1903, août, p. 174, sept., p. 359, oct., p. 505, déc. p. 743.
- TIBERGE. — Contribution à l'étude de l'obstruction intestinale, sans obstacle mécanique, (pseudo-occlusion par paralysie musculaire de l'intestin). *Th. Paris*, 1883-1884, n° 231.
- THIERY. — Dilatation ampullaire de la veine fémorale. Difficultés du diagnostic et dangers qui peuvent en résulter. Son traitement ; et appendicocèle inguinale. Etranglement. Kélotomie. Guérison. Réflexions sur l'étranglement herniaire partiel. *Bull. et mem. de la Soc. Anat. de Paris*. 5^e S. t. VI, 1892 (séance du 1^{er} juillet) p. 494 et 499.
- TILLAUX. — Région de l'aîne. Ganglions lymphatiques. *Anatomie topographique*, IV^e édition, p. 949.
- TOSATTI. — Thrombo-phlébite mésentérique consécutive à l'appendicite. *La clinica chirurgica*, n° 1, t. XX, 31 janv. 1912.
- TOURAIN ET MACÉ DE LEPINAY. — Infarctus hémorrhagique de l'intestin grêle par thrombose de l'artère mésentérique supérieure. *Bull. et mém. de la Société Anatomique de Paris*, t. X, 6^e série 1908, (séance du 5 juin), p. 315.
- TREMOLIÈRES. — Entéro-colite muco-membraneuse, *Th. Paris*, 1906.
- TRIBOULET. — Syndrome péritonéal; syndrome entérique. Leur valeur dans la septicémie à pneumocoque. *La clinique*, n° 39, 29 sept. 1911, p. 609.
- Pseudo-occlusion intestinale et septicémie à pneumocoque. *La clinique*, t. VII, n° 8, 23 fév. 1912, p. 125.

TRIBOULET ET DE JONG. (M^{lle}). — Pseudo-occlusion intestinale et septicémie à pneumocoque. *Soc. de Pédiatrie de Paris*, 15 janv. 1912, et *Bull. de la Société*, t. XIV, n° 1, janv. 1912.

TROUSSEAU. — Paralyse diphtérique. *Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu de Paris*, III^e édition, t. I, 1868, p. 418.

TUFFIER. — Ectopie testiculaire intermittente, orchidopexie. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, t. XIX 1893 (séance 8 mars).

— Appendicite avec péritonite aiguë. Diagnostic différentiel avec l'occlusion intestinale par Jeanne. Rapport par Tuffier. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, t. XXVI, 1900 (séance 7 fév.), p. 139.

— L'hémodiagnostic de l'appendicite. *Semaine méd.*, n° 27, 26 juin 1901, p. 209.

— Gangrène par torsion du cordon d'un testicule en ectopie inguinale. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, t. XXIX, 1903 (séance du 20 mai), p. 551.

TUFFIER ET MILIAN. — Le cytodiagnostics et l'hémodiagnostic en Chirurgie XIV^e Congrès de chir de Paris, 1901, p. 216.

TUJA. — Des occlusions intestinales après les laparotomies. *Th. Lyon*, 1894-1895, n° 955.

VACCARI. — Sur l'iléus post-opératoire. *Il Policlino*, n° 5, 25 janv. 1912.

VAN BRAAM HOUCKGEEST. — *Arch. de Pflüger*, 1872 et 1873.

VAUCHER. — Contribution à l'étude de la hernie inguinale de l'ovaire et de la trompe de Fallope. *Th. Lyon*, 1894-1895, n° 1048.

VAUGHAN PENDRED. — Entéropasme, opération, death. *Bull. et mém.*, *Jour.*, 29 mai 1909.

VERCHÈRE. — De la Septicémie intestino-péritonéale. *Revue de chir.* t. VIII, juillet 1888, p. 559.

- VERGEZ. — Contribution à l'étude des occlusions intestinales en rapport avec la grossesse et le travail. *Th. Paris*, 1901-02, n° 38.
- VERNIÉ. — Contribution à l'étude de la torsion de l'hydrosalpinx. *Th. Paris*, 1911-1912, n° 52.
- VEZARD. — Etranglement de l'appendice chez une femme, au niveau de l'orifice crural droit. *Bull. et mém. de la Soc. Anat.*, 6^e série, t. IX, 1907 (séance du 15 fév.), p. 180.
- VIDAL. — Opothérapie entéritique dans l'occlusion intestinale. *XVIII^e Congrès français de chir. de Paris* (séance 7 oct. 1905), p. 1237, et *Revue de chir.*, t. XXII, octobre 1900, p. 521, et *Archives générales de méd.*, 1905, p. 2987.
- VIGNARD. — Iléus paralytique provoqué par un lipome herniaire crural irréductible. *Soc. médico-chirurgicale des Hôpitaux de Nantes* (séance du 11 nov. 1897), in *Gaz. méd. de Nantes*, 1897-1898, p. 53.
- VIGNARD ET GIRAudeau. — Torsion intra-abdominale du grand épiploon. *Archives provinciales de chir.*, t. XII, n° 4 (avril 1903), p. 206.
- VIGNARD ET DELORE. — Appendicite à forme d'occlusion intestinale primitive. *Bull. Soc. chir. de Lyon* (séance du 25 fév. 1909), in *Lyon chir.*, t. I, 1^{er} avril 1909, p. 713.
- VIGNARD ET ARNAUD. — La leucocytose dans l'appendicite. *Lyon chirurgical*, t. III, n° 5, 1^{er} mai 1910, p. 523.
- VIGNAUD. — L'appendicite dans ses rapports avec l'occlusion intestinale aiguë et chronique. *Th. Paris*, 1899-1900, n° 226.
- VOGEL. — Physostigmin und Péristaltik. *Centralblatt. für chir.*, n° 9, 1911, p. 307.
- VOISIN. — Cas d'iléus spasmodique. *Gaz. de méd. de Paris*, 16 déc. 1876, p. 609.

VOIZOT. — Traitement de l'occlusion intestinale par l'électricité. *Th. Paris*, 1890.

ZESAS. — Die Thrombose und embolie des Mesenterialgefasse. *Centralblatt f. d. Grenzgebiete der Medizin in chirurgie*, t. XIII, 1910, n° 9, 3 juin, p. 321 ; n° 10, 18 juin, p. 372 ; n° 11, 30 juin, p. 415 ; n° 12, 19 juillet, p. 461 ; n° 13, 30 juillet, p. 501 ; n° 14, 13 août, p. 538.

ZIMMERN. — Le lavement électrique, son histoire, sa valeur, sa technique. *Presse med.*, n° 54, 5 juillet 1902, p. 642.

— Le lavement électrique, indication et contre-indication. *Presse méd.*, n° 80, 4 oct. 1912, p. 953.

ZUELGER, DORHRN ET MARXER. — Spezifische anregung der Darm-peristaltik Durch intravenoese injection des Peristaltikhormons. *Berlin. Kin. Wochensch.*, 1908, p. 2065.

ZUELZER. — Die Hormontherapie, J. das, peristaltikhormon Hormonal, *Therapie der Gegenwart*, n° 5, mai 1911, p. 197.

— Sur le collapsus dû à l'hormonal. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. XXXVIII, n° 26, 27 juin 1912, p. 1233, et analy. in *Journal de chirurgie*, t. IX, n° 3, sept. 1912, p. 300.

WALTHER. — A propos de la communication de Lucas-Champrionnière. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, t. XXVI, 1900 (séance du 9 mai), p. 531.

— Append. et étrangl. intestinal. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, t. XXVI, 1900 (séance du 27 juin), p. 731.

WEIL. — La pratique du lavement électrique. *Paris med.*, n° 9, 28 janv. 1911, p. 197.

WIART ET RENON. — Grosse épiplocèle inguinale étranglée dans la cavité abdominale par l'enroulement de l'appendice iléo-cœcal autour du pédicule. Opération, guérison. *Bull. et*

mém. de la Soc. Anat. de Paris, 6^e série, t. III, 1901 (séance 1^{er} fév.), p. 111.

WIBAILLE. — Des Hernies de l'ovaire. *Th. Paris*, 1874, n^o 469.

WILMS. — Sur l'iléus hystérique. *Deut. chir.*, 1906, *Lief.* 46.

WYNNE ET STURN. — A cas of enterospasm simulating acute obstruction. *Brit. Med. Journal*, 28 août 1909.

TABLE

AVANT-PROPOS	9
CHAPITRE I. — Pathogénie	15
CHAPITRE II. — Etiologie	22
CHAPITRE III. — Etude clinique:	55
<i>a.</i> — Analyse des signes habituels de l'occlusion intestinale quelle qu'en soit la nature	56
<i>b.</i> — Diagnostic différentiel de l'occlu- sion mécanique et de l'occlusion fonc- tionnelle	62
<i>c.</i> — Diagnostic étiologique	65
CHAPITRE IV. — Pronostic	70
CHAPITRE V. — Traitement	71
OBSERVATIONS	79
CONCLUSIONS	138
BIBLIOGRAPHIE	140
